



**HAL**  
open science

# L'utilisation de l'hypnose dans les situations d'urgence

Léa Karen

► **To cite this version:**

Léa Karen. L'utilisation de l'hypnose dans les situations d'urgence. Sciences pharmaceutiques. 2024. dumas-04592040

**HAL Id: dumas-04592040**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04592040v1>**

Submitted on 29 May 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

Année : 2024

## L'UTILISATION DE L'HYPNOSE DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

SPÉCIALITÉ : OFFICINE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE  
Le 15/05/2024

Par Mme Léa Karen SKUBIS

*[Données à caractère personnel]*

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Dr Benoît ALLENET

Membres :

Mme le Dr Catherine GILLY (directrice de thèse)

M. le Dr Vincent DANIEL

M. le Dr Jean-Jacques BANIHACHÉMI

*L'UFR de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

## ENSEIGNANTS - CHERCHEURS Année 2023 / 2024

Doyen de la Faculté - Pr Michel SÈVE  
Vice-Doyen Pédagogie - Dr Pierre CAVAILLÈS  
Vice-Doyen Recherche – Pr Walid RACHIDI

STATUT	NOM	PRÉNOM	LABORATOIRE	HDR
MCF	ALDEBERT	DELPHINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	Oui
PU-PH	ALLENET	BENOÎT	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, THEMAS	Oui
AHU	AMEN	AXELLE		
Professeur Emérite	BAKRI	ABDELAZIZ	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCF	BARDET	JEAN-DIDIER	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, THEMAS	
MCF	BATANDIER	CÉCILE	GIN-U1216 INSERM	
PU-PH	BEDOUCHE	PIERRICK	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, THEMAS	Oui
MAST	BELLET	BÉATRICE	-	
MCF	BOUCHERLE	BENJAMIN	DPM - UMR 5063 CNRS	
PU	BOUMENDJEL	AHCÈNE	LRB -INSERM U 1039	Oui
MCF	BOURGOIN	SANDRINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCF	BRETON	JEAN	LCIB – UMR E3 CEA	Oui
MCF	BRIANÇON-MARJOLLET	ANNE	HP2 – INSERM U1042	Oui
PU	BURMEISTER	WILHEM	UVHCI- UMI 3265 EMBL CNRS	Oui
PU-PH	BUSSER	BENOÎT	IAB-UMR 5309 CNRS- INSERM U1209	Oui
Professeur Emérite	CALOP	JEAN		
MCF	CAVAILLÈS	PIERRE	IAB-UMR 5309 CNRS- INSERM U1209	
MCU-PH	CHANOINE	SÉBASTIEN	CR UGA - INSERM U1209 - CNRS 5309	
MCF	CHOISNARD	LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCU-PH	CHOVELON	BENOIT	DPM – UMR 5063 CNRS	
MAST	COMBE	JÉRÔME	-	
PU-PH	CORNET	MURIEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	Oui
Professeur Emérite	DANEL	VINCENT	-	
Professeur Emérite	DECOUT	JEAN-LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	
MCF Emérite	DELÉTRAZ-DELPORTE	MARTINE	LPSS – EAM 4129 LYON	
PR	DEMEILLIERS	CHRISTINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
ATER	DETRAIT	MAXIMIN		
PU-PH	DROUET	CHRISTIAN	GREPI EA7408	Oui
PU	DROUET	EMMANUEL	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	Oui
MCF	DURMORT	CLAIRE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	Oui

Mise à jour le 07/09/2023 Sana HACHANI

STATUT	NOM	PRÉNOM	LABORATOIRE	HDR
CDD	DURVILLE	SABINE		
PU-PH	FAURE	PATRICE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	FAURE-JOYEUX	MARIE	HP2 – INSERM U1042	Oui
PRCE	FITE	ANDRÉE	-	
MCU-PH	GARNAUD	CÉCILE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	
PRAG	GAUCHARD	PIERRE-ALEXIS	-	
PU-PH	GERMI	RAPHAËLE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale	Oui
MCF	GÈZE	ANNABELLE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF Emérite	GILLY	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	GONINDARD	CHRISTELLE	LECA – UMR CNRS 5553	Oui
MCF	GRENIE	MATTHIAS	LECA – UMR CNRS 5553	
Professeure Emérite	GRILLOT	RENÉE	-	
MCF	GUIEU	VALÉRIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCU-PH	HENNEBIQUE	AURÉLIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	
MCF	HININGER-FAVIER	ISABELLE	LBFA – INSERM U1055	Oui
AHU	IHL	CORDELIA		
MCF	KHALEF	NAWEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCF	KOTZKI	SYLVAIN	HP2 – UMR S1042	
MCF	KRIVOBOK	SERGE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PHU	LEENHARDT	JULIEN	INSERM – U1039	
PU	LENORMAND	JEAN-LUC	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	Oui
AHU	LEO	CAROLINE		
MAST	LOGEROT	SOPHIE		
PU	MARTIN	DONALD	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
PRCE	MATTHYS	LAURENCE	-	
MCU-PH	MINOVÉS	MÉLANIE	HP2 – INSERM U1042	
PU	MOINARD	CHRISTOPHE	LBFA - INSERM U1055	Oui
PU-PH	MOSSUZ	PASCAL	IAB – INSERM U1209	Oui
MCF	MOUHAMADOU	BELLO	LECA – UMR 5553 CNRS	Oui
MCF	NICOLLE	EDWIGE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	OUKACINE	FARID	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	PERES	BASILE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
AHU	PERRIER	QUENTIN		
MCF	PEUCHMAUR	MARINE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PU	PEYRIN	ERIC	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui

STATUT	NOM	PRÉNOM	LABORATOIRE	HDR
ATER	PEYRONNEL	CÉLIAN		
PU	RACHIDI	WALID	BGE/BIOMICS/ CEA	Oui
PU	RAVELET	CORINNE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PU	RIBUOT	CHRISTOPHE	HP2 – INSERM U1042	Oui
Professeure Emérite	ROUSSEL	ANNE-MARIE	-	Oui
PU-PH	SÈVE	MICHEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
MCF	SOUARD	FLORENCE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	SPANO	MONIQUE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	
MCF	TARBOURIECH	NICOLAS	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	
AHU	TRUFFOT	AURÉLIE		
MCF	VANHAVERBEKE	CÉCILE	DPM – UMR 5063 CNRS	
AHU	VITALE	ELISA		
MCF	WARTHER	DAVID	DPM – UMR 5063 CNRS	
Professeur Emérite	WOUESSIDJEW	DENIS	DPM – UMR 5063 CNRS	

**AHU** : Assistant Hospitalo-Universitaire

**ATER** : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches

**BCI** : Biologie du Cancer et de l'Infection

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CIB** : Centre d'Innovation en Biologie

**CRI** : Centre de Recherche INSERM

**CNRS** : Centre National de Recherche Scientifique

**DCE** : Doctorants Contractuels Enseignement

**DPM** : Département de Pharmacochimie Moléculaire

**HP2** : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

**IAB** : Institute for Advanced Biosciences

**IBS** : Institut de Biologie Structurale

**LAPM** : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes

**LBFA** : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

**LCBM** : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux

**LCIB** : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

**LECA** : Laboratoire d'Ecologie Alpine

**LPSS** : Laboratoire Parcours Santé Systémique

**LR** : Laboratoire des Radio pharmaceutiques

**MAST** : Maître de Conférences Associé à Temps Partiel

**MCF** : Maître de Conférences des Universités

**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

**PAST** : Professeur Associé à Temps Partiel

**PRAG** : Professeur Agrégé

**PRCE** : Professeur certifié affecté dans l'enseignement

**PU** : Professeur des Universités

**PU-PH** : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

**SyMMES** : Systèmes Moléculaires et nanoMatériaux pour l'Energie et la Santé

**TIMC-IMAG** : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation

**UMR** : Unité Mixte de Recherche

**UVHCI** : Unit of Virus Host Cell Interactions

## REMERCIEMENTS

Au président du jury, Dr. Benoît ALLENET, de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et pour vos enseignements durant mes études.

À ma directrice de thèse, Dr Catherine GILLY, d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour votre disponibilité, votre bienveillance et vos précieux conseils pendant ces deux années.

Aux membres du jury, Dr Vincent DANIEL et Dr Jean-Jacques BANIHACHÉMI d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et d'évaluer mon travail.

À mon Noé, mon Ninouche, l'amour de ma vie et merveilleux papa. Merci pour tout, de me rendre heureuse et de m'aimer un peu plus chaque jour.

À ma fille, mon trésor, Meije.

À mes parents, qui m'ont toujours encouragé et donné les moyens de réussir. Ma mamoune chérie, mon modèle, merci pour ton soutien inconditionnel. Mon papou, mon grand navigateur avec qui j'ai vécu l'expérience la plus incroyable de ma vie.

À la meilleure des sœurs, mon Bibouni, ma Janou, mon soleil, ma vie. Merci d'être là à chaque instant. À nous, la famille Rokaleja, je vous aime.

À l'ensemble de ma famille, mes grands-parents et mes beaux-parents, merci d'avoir suivi mon parcours et de m'avoir encouragé jusqu'au bout.

À mes collègues de la caserne de Meylan, qui m'ont permis de grandir, de croire en moi et de vivre des expériences incroyables. Votre soutien et votre force m'ont beaucoup apporté.

À mes copains Lélé, Lulu, Cycy, Jojo, Mama, Alex, Tar. Merci pour nos fous rires, nos SONO de folie, votre amitié depuis le début.

À mes copines de pharma, Juliette, Coline, Clémentine, Chloé P., Elisa, Chloé G., Mélina, Louise, Anaïs, Noémie, Océane. Merci pour tous ces bons moments et ces souvenirs !

À Marie, à notre amitié qui compte beaucoup pour moi, ta douceur et ta gentillesse.

À Clara, Ma Douce, ma copine que j'aime depuis la P1. Merci pour ta folie, ton soutien, nos fous rires. Vite que tu reviennes de tes voyages pour que l'on puisse se retrouver.

À mon Quatuor, Nono, Lulu et Chloé. Mes copines d'amour depuis maintenant 10 ans.

À Ophélie, ma grande amie qui me manque tant.

À ma Nini, loin des yeux mais près du cœur, à notre amitié qui ne change pas malgré la distance.

À Juliette et Rafaël, merci pour votre présence au quotidien, pour votre soutien et ces bons moments partagés.

Et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à ce travail, merci à tous les professionnels de santé et les sapeurs-pompiers d'avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire.

## TABLES DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	5
TABLE DES MATIERES.....	7
LISTE DES ABREVIATIONS.....	11
LISTE DES DEFINITIONS.....	12
LISTE DES ILLUSTRATIONS .....	13
INTRODUCTION .....	15
PARTIE 1 – L’HYPNOSE.....	16
1. LES GRANDS PERSONNAGES DE L’HYPNOSE.....	16
1.1. <i>Franz - Anton Mesmer (1734 – 1815)</i> .....	16
1.2. <i>Le marquis Chastenet de Puységur (1751 – 1825)</i> .....	17
1.3. <i>L’Abbé José Custodio de Faria (1756 – 1819)</i> .....	17
1.4. <i>James Braid (1795 – 1860)</i> .....	17
1.5. <i>James Esdaile (1808 – 1859)</i> .....	18
1.6. <i>Ambroise – Auguste Liébeault (1823 – 1904)</i> .....	18
1.7. <i>Jean - Martin Charcot (1825 – 1893)</i> .....	18
1.8. <i>Hippolyte Bernheim (1840 – 1919)</i> .....	19
1.9. <i>Sigmund Freud (1856 – 1939)</i> .....	19
1.10. <i>Milton Erickson (1901 – 1980)</i> .....	20
1.11. <i>Léon Chertok (1911 – 1991)</i> .....	21
1.12. <i>Frise chronologique des grands personnages de l’hypnose</i> .....	21
2. DÉFINITIONS .....	21
2.1. <i>Définitions de l’hypnose</i> .....	21
2.2. <i>Les différents types d’hypnose</i> .....	22
2.3. <i>Définition de la conscience</i> .....	22
2.4. <i>Définition de la dissociation</i> .....	23
2.5. <i>Définition de la transe hypnotique</i> .....	23
2.6. <i>Définitions de la suggestion et de la suggestibilité</i> .....	24
2.6.1. <i>Les suggestions directes</i> .....	24
2.6.2. <i>Les suggestions indirectes</i> .....	25
2.6.3. <i>Les suggestions métaphoriques</i> .....	26
3. NEUROPHYSIOLOGIE DE L’HYPNOSE .....	27
3.1. <i>Anatomie du cerveau</i> .....	27

3.2.	<i>L'exploration cérébrale</i> .....	28
3.2.1.	L'électroencéphalographie .....	28
3.2.2.	La tomographie par émission de positons .....	29
3.2.3.	L'imagerie par résonance magnétique et l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle .....	30
3.3.	<i>Fonctionnement du cerveau sous hypnose</i> .....	30
3.3.1.	Les études réalisées .....	32
3.3.2.	L'action de l'hypnose sur la douleur.....	34
4.	LE PROCESSUS HYPNOTIQUE .....	34
4.1.	<i>Les étapes du processus hypnotique</i> .....	34
4.2.	<i>La notion de temporalité</i> .....	36
4.3.	<i>L'induction hypnotique</i> .....	36
4.3.1.	Induction par focalisation visuelle .....	37
4.3.2.	Induction par focalisation auditive .....	37
4.3.3.	Induction par focalisation kinesthésique .....	38
4.3.4.	Induction par focalisation olfactive .....	39
4.3.5.	Induction par focalisation gustative .....	40
4.3.6.	Induction par focalisation respiratoire .....	40
4.3.7.	Induction par le lieu sécurisé / le <i>safe place</i> .....	41
4.3.8.	Induction par lévitation de la main .....	41
4.3.9.	Induction par catalepsie du bras .....	42
4.4.	<i>La dissociation simple</i> .....	43
4.5.	<i>Éléments distinctifs du patient sous hypnose</i> .....	44
4.5.1.	Les signes de la transe .....	44
4.5.2.	La profondeur de transe.....	45
4.5.3.	L'évolution des outils de mesure.....	45
4.5.4.	Les phénomènes hypnotiques .....	46
4.6.	<i>L'hypnose en situation d'urgence</i> .....	47
4.7.	<i>Les contre-indications et les limites de l'hypnose</i> .....	48
5.	LA COMMUNICATION THÉRAPEUTIQUE COMME ÉLÉMENT INDISPENSABLE POUR FONDER UNE ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ....	48
5.1.	<i>La communication</i> .....	48
5.2.	<i>La communication thérapeutique</i> .....	49
5.3.	<i>L'alliance thérapeutique</i> .....	49

5.4.	<i>Les différentes sortes de langages</i> .....	50
5.4.1.	Le langage non verbal .....	50
5.4.2.	Le langage para – verbal .....	51
5.4.3.	Le langage verbal .....	52
5.5.	<i>L’observation</i> .....	52
5.6.	<i>L’ajustement au patient</i> .....	53
PARTIE 2 – L’URGENCE .....		54
1.	CONTEXTUALISER L’URGENCE : DÉFINITIONS .....	54
2.	LES ACTEURS DE LA MÉDECINE D’URGENCE .....	54
2.1.	<i>Le SAMU</i> .....	55
2.1.1.	Les missions du SAMU.....	56
2.1.2.	Le SMUR .....	58
2.1.3.	Point sur le SAMU en Isère .....	59
2.2.	<i>Les SDIS</i> .....	59
2.2.1.	Le Service de Santé et de Secours Médical.....	60
2.2.2.	Les missions des Sapeurs – Pompiers.....	61
2.2.3.	Les chiffres – clés de l’année 2021 .....	61
2.2.4.	Point sur le SDIS 38 .....	62
2.3.	<i>Organisation opérationnelle du CTA – CODIS</i> .....	64
PARTIE 3 - LA DOULEUR.....		65
1.	DÉFINITIONS.....	65
2.	LES QUATRES COMPOSANTES DE LA DOULEUR .....	66
3.	LES DIFFÉRENTS TYPES DE DOULEURS .....	66
4.	LES ÉCHELLES D’ÉVALUATION DE LA DOULEUR.....	67
4.1.	<i>Échelles d’auto – évaluation</i> .....	68
4.2.	<i>Échelles d’hétéro – évaluation</i> .....	69
4.3.	<i>Les échelles de référence dans la médecine d’urgence</i> .....	69
5.	LE SCORE DE GLASGOW.....	70
6.	HYPNOSE ET DOULEUR AIGUË .....	70

PARTIE 4 – ÉTUDE DE L'IMPACT DE L'HYPNOSE DANS LES SITUATIONS D'URGENCE À TRAVERS UN QUESTIONNAIRE .....	71
1. OBJECTIFS .....	71
2. ENQUÊTE AUPRÈS DU PERSONNEL TRAVAILLANT DANS UN SERVICE D'URGENCE OU EN SITUATION D'URGENCE .....	71
2.1. <i>Matériel et méthode</i> .....	71
2.2. <i>Résultats</i> .....	72
2.2.1. <i>Le profil des répondants</i> .....	72
2.2.2. <i>La formation à l'hypnose</i> .....	74
2.2.3. <i>L'hypnose en pratique</i> .....	77
2.2.4. <i>Les limites de l'hypnose</i> .....	83
2.3. <i>Retour d'expériences</i> .....	85
2.4. <i>Discussion</i> .....	87
2.4.1. <i>Biais de l'étude</i> .....	87
2.4.2. <i>Discussion des résultats</i> .....	88
3. ENQUÊTE AUPRÈS DES SDIS .....	93
3.1. <i>Matériel et méthode</i> .....	93
3.2. <i>Résultats</i> .....	94
3.2.1. <i>Le profil des répondants</i> .....	94
3.2.2. <i>La formation à l'hypnose</i> .....	97
3.2.3. <i>L'hypnose en pratique</i> .....	100
3.2.4. <i>Les limites de l'hypnose</i> .....	105
3.3. <i>Retour d'expériences</i> .....	106
3.4. <i>Discussion</i> .....	107
3.4.1. <i>Biais de l'étude</i> .....	107
3.4.2. <i>Discussion des résultats</i> .....	107
CONCLUSION.....	112
BIBLIOGRAPHIE .....	113
SITOGRAPHIE .....	114
ANNEXES.....	120
SERMENT DE GALIEN .....	132
RÉSUMÉ.....	133

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

**ACR** : Arrêt Cardio – Respiratoire

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral

**CH** : Centre Hospitalier

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CODIS** : Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours

**CRRA** : Centre de Réception et de Régulation des Appels

**CSP** : Code de la Santé Publique

**CTA** : Centre de Traitement de l'Alerte

**DU** : Diplôme Universitaire

**ECPA** : Évaluation Comportementale de la douleur chez la Personne Agée

**EMDR** : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*

**EN** : Échelle Numérique

**EVA** : Échelle Visuelle Analogique

**EVENDOL** : Évaluation ENfant DOuLeur

**GCS** : *Glasgow Coma Scale*

**GRIMP** : Groupement de reconnaissance et d'Intervention en Milieux Périlleux

**HAS** : Haute autorité de santé

**IFH** : Institut Français d'Hypnose

**ISP** : Infirmier Sapeur - Pompier

**SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente

**SDIS** : Service Départemental D'incendie et de Secours

**SFAR** : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

**SFETD** : Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur

**SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

**SP** : Sapeur - Pompier

**SPV** : Sapeur - Pompier Volontaire

**SSSM** : Service de Santé et de Secours Médical

**UGA** : Université Grenoble Alpes

**VAKOG** : Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif

## LISTE DES DÉFINITIONS

**Aires corticales** : Régions spécifiques du cortex cérébral, dont chacune est dédiée à des activités précises telles que la perception sensorielle, le mouvement, la mémoire, le langage, et d'autres processus mentaux.

**Algie** : Douleur localisée, régionale ou viscérale, quelle qu'en soit la cause.

**Algologie** : Discipline médicale qui se consacre à l'étude et au traitement de la douleur.

**Antalgie** : Abolition ou atténuation sélective de la perception douloureuse.

**Brancardage** : Technique permettant de ramasser un malade ou un blessé et de le transporter sans aggraver son état.

**Catalepsie** : Suspension complète du mouvement volontaire des muscles.

**Coccygodynie** : Douleur du coccyx déclenchée par la position assise ou au relevé de la position assise.

**Désincarcération** : Action de dégager une personne prisonnière d'un véhicule accidenté.

**Douleur procédurale** : Douleur induite par les soins.

**Hypnoalgésie** : Utilisation de l'hypnose dans la prise en charge des douleurs aiguës et chroniques.

**Hypnosédation** : Utilisation de l'hypnoalgésie associée à une sédation consciente avec plus ou moins une anesthésie locale.

**Nocicepteur** : Récepteur sensoriel de la douleur.

**Psychanalyse** : Approche qui vise à explorer les processus mentaux inconscients et à comprendre leur influence sur le comportement, les émotions et la personnalité de l'individu.

**Psychosomatique** : Qui concerne les troubles physiques liés à des causes psychiques.

**Psychothérapie** : Traitement ou accompagnement d'une personne souffrant de troubles psychologiques.

**Radiculopathie** : Pathologie liée à la compression d'une racine nerveuse.

**Tronc cérébral** : Partie du système nerveux central formant la transition entre la moelle épinière et le cerveau.

**Truisme** : Vérité banale, si évidente qu'elle ne mériterait pas d'être énoncée.

## **LISTE DES ILLUSTRATIONS**

Figure 1 : Frise chronologique des grands personnages de l'hypnose .....	21
Figure 2 : Les différents lobes du cerveau .....	27
Figure 3 : Les régions cérébrales activées sous hypnose .....	31
Figure 4 : La connectivité cérébrale au repos et en hypnose .....	31
Figure 5 : Schéma du processus hypnotique .....	34
Figure 6 : Les mouvements oculaires et repérage du VAKOG .....	37
Figure 7 : Les tournures de phrases privilégiées en situation d'urgence .....	47
Figure 8 : La roue de la communication .....	50
Figure 9 : Numéros d'appel pris en charge par le SAMU .....	56
Figure 10 : La sécurisation de la régulation médicale des appels et l'orientation du patient de manière adaptée par l'équipe du SAMU .....	58
Figure 11 : Répartition des interventions .....	61
Figure 12 : Organisation territoriale du SDIS 38 .....	62
Figure 13 : Les sapeurs – pompiers du GRIMP sur les bulles à Grenoble .....	63
Figure 14 : L'activité opérationnelle du SDIS 38 en 2022 .....	63
Figure 15 : Organisation opérationnelle du CTA – CODIS .....	64
Figure 16 : Profession des personnes ayant répondu au questionnaire.....	72
Figure 17 : Département d'exercice des professionnels de santé .....	73
Figure 18 : Région d'exercice des professionnels de santé .....	73
Figure 19 : Formation suivie par les professionnels de santé.....	74
Figure 20 : Mises à niveau réalisées par les professionnels de santé.....	75
Figure 21 : Motivations à l'origine de la formation en hypnose.....	76
Figure 22 : Fréquence d'utilisation de l'hypnose.....	78
Figure 23 : Sentez-vous une amélioration dans la prise en charge des patients ? ..	79
Figure 24 : Situations d'utilisation de l'hypnose .....	79
Figure 25 : Comment procédez-vous pour induire l'état hypnotique .....	81
Figure 26 : Combien de temps mettez-vous pour hypnotiser un patient .....	82
Figure 27 : Quel est l'âge moyen des patients sur lesquels vous pratiquez le plus l'hypnose ? .....	83
Figure 28 : Y a-t-il certaines personnes qui ne peuvent pas être hypnotisées ? .....	84
Figure 29 : Avez-vous déjà eu le sentiment que votre pratique atteignait ses limites ? ..	85
Figure 30 : Grade des SP ayant répondu au questionnaire.....	94

Figure 31 : Département d'exercice des SP .....	95
Figure 32 : Région d'exercice des SP.....	95
Figure 33 : Dans quel cadre avez-vous pris connaissance de cette pratique dans des situations d'urgence ? .....	96
Figure 34 : Formation suivie par les SP.....	97
Figure 35 : Mises à niveau réalisées par les SP.....	98
Figure 36 : Pourquoi avez-vous choisi de vous former à l'hypnose ?.....	99
Figure 37 : Fréquence d'utilisation de l'hypnose en intervention.....	100
Figure 38 : Sentez-vous une amélioration dans la prise en charge ou dans l'approche des victimes ? .....	101
Figure 39 : Situations d'utilisation de l'hypnose en intervention.....	102
Figure 40 : Comment procédez-vous pour induire la transe hypnotique ? .....	103
Figure 41 : Combien de temps mettez-vous pour hypnotiser une victime ?.....	104
Figure 42 : Quel est l'âge moyen des personnes sur lesquelles vous pratiquez le plus l'hypnose ? .....	104
Figure 43 : Y a-t-il certaines victimes qui ne peuvent pas être hypnotisées ? .....	105
Figure 44 : Votre pratique a-t-elle déjà atteint ses limites ?.....	106

## INTRODUCTION

Les situations d'urgence, mettant en jeu la vie ou la santé des personnes, suscitent des réponses émotionnelles variées. L'anxiété, le stress ou encore la douleur aiguë sont des obstacles pouvant entraver la gestion de ces situations, compliquant ainsi la prise en charge par les équipes médicales ou les secouristes. Dans ce contexte, le recours à des méthodes alternatives, telles que l'hypnose, est parfois incontournable. Cette approche, induisant un état de conscience modifié, connaît depuis quelques années une utilisation croissante dans le système de soin, avec des applications variées allant de l'atténuation de la douleur à la gestion du stress, du traitement des traumatismes à l'amélioration des habitudes comportementales, etc.

Cette thèse se propose d'analyser l'impact de l'hypnose dans les situations d'urgence, son apport et ses limites dans la pratique des professionnels de santé et des sapeurs- pompiers.

**La première partie** abordera l'hypnose sous divers angles, explorant son histoire, ses définitions variées et quelques techniques. Une attention particulière sera portée à la communication thérapeutique, un élément essentiel dans les échanges entre les patients et les professionnels de santé. **La deuxième partie** sera consacrée à l'urgence et les différents acteurs impliqués. **La troisième partie** se penchera sur la douleur et ses composantes, en examinant les échelles d'évaluation de la douleur. Enfin, les résultats des questionnaires auxquels ont répondu les personnels des centres hospitaliers, des services d'aide médicale urgente, ou encore des Services Départementaux d'incendie et de Secours répartis dans la France entière seront présentés dans **la dernière partie**.

## **PARTIE 1 – L’HYPNOSE**

À travers cette synthèse historique, nous étudierons l'évolution du concept et de la pratique de l'hypnose, qui trouve ses racines dans les savoirs ancestraux, souvent associée à des pratiques chamaniques, religieuses ou mystiques.

Au cours des époques, cette discipline sera influencée par les contributions de nombreux théoriciens, médecins ou encore chercheurs, dont les apports débutent principalement au XVIII<sup>ème</sup> siècle (9).

### **1. Les grands personnages de l'hypnose**

#### **1.1. Franz - Anton Mesmer (1734-1815)**

Ce médecin d'origine allemande est souvent considéré comme l'un des précurseurs de l'hypnose. Il a élaboré une théorie sur le magnétisme animal, croyant en l'existence d'un fluide magnétique invisible qui se propageait dans l'univers. Selon lui, certaines maladies résultaient d'un déséquilibre de ce fluide dans l'organisme et pour les guérir, il fallait rétablir l'équilibre magnétique du corps.

Initialement, Mesmer employait des aimants qu'il déplaçait sur le corps du patient, provoquant des convulsions intenses appelées « crises ». Ces crises étaient supposées harmoniser le fluide magnétique et entraîner ainsi la guérison.

En se penchant sur les enseignements de Paracelse pendant le Moyen Âge, l'aimant s'est vu octroyer des propriétés thérapeutiques considérables, comme la capacité d'attirer à lui diverses formes de souffrance, de manière similaire à sa propension à attirer certains métaux (45).

Par la suite, il inventa un dispositif nommé le « baquet », une cuve remplie d'eau, de limaille de fer ou de verre pillé autour de laquelle les patients étaient placés. Des tringles de fer coiffaient le couvercle et étaient posées sur les zones malades du corps.

Les premiers résultats cliniques du magnétisme apparurent dans l'atténuation de la douleur lors des interventions chirurgicales. Néanmoins, l'explication non rationnelle de ces procédures et le côté mystérieux des séances ont dévalorisé cette méthode, en attribuant les guérisons à la puissance de l'imagination (9) (42).

### **1.2. Le marquis Chastenet de Puységur (1751-1825)**

Comptant parmi les disciples de Mesmer, il conteste la nécessité des « crises magnétiques » pour engendrer la guérison. La parole du sujet est au centre de son processus.

Il parvint à soigner un jeune berger, Victor Race, souffrant d'une « fluxion de poitrine » (inflammation du thorax), en le plongeant dans un état « d'assoupissement immédiat », différent du sommeil, sans induire de convulsions ni de douleurs et en préservant sa capacité à répondre aux questions. C'est avec ce premier patient que débuta son exploration du somnambulisme qu'il nomme « sommeil magnétique » ou « somnambulisme provoqué » en raison des similitudes qu'il identifie à la fois avec le sommeil et avec un état de veille.

Puységur est considéré comme un auteur majeur pour comprendre l'avenir de l'hypnose, voire comme un pionnier de la psychothérapie moderne (42) (45).

### **1.3. L'Abbé José Custodio de Faria (1756-1819)**

Résidant à Paris, ce moine Portugais a réfuté l'existence d'un fluide magnétique. Il proposait des méthodes d'induction combinant gestes et suggestions verbales. Il positionnait sa main à une distance précise du visage du patient, de manière à capter son regard, il la rapprochait ensuite de ses yeux tout en invitant le sujet à focaliser son attention sur la notion de sommeil, dans l'intention de provoquer un état de « sommeil lucide ». Selon lui, le magnétiseur avait pour rôle d'aider le patient à puiser dans ses ressources intérieures. De plus, il soulignait l'importance des croyances et des attentes, de la capacité de concentration, de la suggestibilité et l'imagination du patient, qui jouent un rôle crucial dans la façon dont celui-ci réagit à l'hypnose (9).

### **1.4. James Braid (1795-1860)**

Ce médecin écossais exerçant à Manchester, s'est révélé être un acteur crucial dans la transformation de l'hypnose en une pratique plus scientifique, en mettant en avant les mécanismes physiologiques de l'hypnose. Il montre que la fixation prolongée du regard sur un objet brillant plonge le sujet dans un état similaire au sommeil qu'il qualifia de « sommeil nerveux ». Son hypothèse reposait sur l'idée que la tension résultant de la fixation oculaire engendrait une fatigue de certains centres cérébraux, induisant le sommeil nerveux.

Par la suite, il crée la discipline « neurhypnologie » qui se consacre à l'exploration et au traitement des troubles nerveux fonctionnels. Il désigne cet état provoqué de « neurhypnotisme », avant de le renommer « hypnotisme », dérivé du mot grec *hypnos* signifiant « sommeil » (42).

### **1.5. James Esdaile (1808-1859)**

Ce chirurgien magnétiseur est célèbre pour avoir réalisé d'importantes interventions chirurgicales reconnues sans douleur. Elles comprenaient des extractions de tumeurs, des amputations de cuisses et de bras.

Il a accompli plus de deux cents opérations lors de son exercice à Calcutta (Inde), dont le taux de mortalité était bien plus inférieur que lors d'une intervention sans hypnose, s'élevant à 6% contre 30 à 50 % (46).

### **1.6. Ambroise – Auguste Liébeault (1823-1904)**

Ce médecin de campagne pratiquait l'hypnose sur ses patients gratuitement, ce qui lui valut une réputation de guérisseur. Il constatait que la réceptivité à l'hypnose variait d'un sujet à l'autre, mais il avait observé que chacun pouvait être hypnotisé s'il le désirait et s'il coopérait avec le praticien. Il soulignait ainsi l'importance d'établir une relation entre le médecin et son patient, considérant cette collaboration comme essentielle pour le succès de l'hypnose. Il puisait son inspiration dans les techniques développées par James Braid, notamment la méthode de la fixation du regard pour induire l'état hypnotique et celles de l'Abbé Faria. Pour lui, cet état n'était ni le résultat d'un fluide ni une action physique mais plutôt de la « suggestion ». Il parvenait à induire un « sommeil partiel » tout en maintenant la communication, l'échange, entre lui et son patient.

Par la suite, il établit sa résidence à Nancy, où il collabora avec Bernheim au sein de l'école de Nancy (42) (45).

### **1.7. Jean-Martin Charcot (1825–1893)**

Ce célèbre neurologue Français expérimenta l'hypnose à la Salpêtrière avec des patients atteints d'hystérie. Il associe les signes cliniques de l'hypnose et ceux de l'hystérie, dont la seule différence résidait dans le caractère spontané ou provoqué. Il pensait avoir trouvé la voie pour explorer plus facilement la condition pathologique de

l'hystérie en induisant une forme artificielle et expérimentale de celle-ci au moyen de l'hypnose.

Il présentait trois états de ce qu'il appelait le « grand hypnotisme » : l'état léthargique, l'état cataleptique et l'état de somnambulisme.

Pour ce qui est de la pratique, Charcot utilisait la métallothérapie ainsi que la gestuelle et les touchers similaires aux méthodes de Mesmer (42) (45).

### **1.8. Hippolyte Bernheim (1840-1919)**

Selon ce professeur de clinique médicale à la faculté de médecine de Nancy, l'hypnose est un état physiologique naturel qui peut amplifier la suggestibilité déjà présente chez une personne à l'état de veille. Il affirma que « les phénomènes de suggestion ne sont pas fonction d'un état magnétique, ni d'un état hypnotique, ni d'un sommeil provoqué, ils sont fonction d'une propriété physiologique du cerveau qui peut être actionnée à l'état de veille, la suggestibilité ».

Bernheim a élaboré la loi de « l'idéodynamisme » qui stipule que « toute idée suggérée tend à se faire acte », que ce soit sous forme de mouvement, de sensation, d'image ou d'émotion.

Il a introduit la « psychothérapie », une nouvelle approche de prise en charge des patients qui peut s'effectuer à l'état de veille. Elle vise à renforcer les idées que l'on souhaite ancrer dans l'esprit ou à faciliter la transformation de ces idées en actions (9) (47).

L'intérêt thérapeutique de l'hypnose a été reconnu grâce aux travaux de Liébeault et Bernheim, qui ont étendu son champ d'application au-delà de l'hystérie.

Concernant l'opposition entre l'école de Nancy (représentée par Liébeault et Bernheim) et la Salpêtrière (avec Charcot), il a été conclu l'abandon de la théorie de Charcot au profit de celle de Bernheim, qui est devenue la principale approche théorique et pratique au XIX<sup>ème</sup> siècle (9).

### **1.9. Sigmund Freud (1856-1939)**

Freud, originaire de Moravie, s'installa à Vienne dans les années 1860.

Il travailla quelques temps aux côtés de Charcot à la Salpêtrière sur l'hystérie.

Cependant, il préféra les techniques de Liébeault et de Bernheim, avec qui il perfectionna sa maîtrise de l'hypnose, notamment la suggestion.

Il s'associa avec le Docteur Joseph Breuer dans l'étude de l'hystérie, en se penchant plus particulièrement sur le cas d'une patiente, Anna O, présentant une double personnalité avec divers symptômes d'ordre névrotique. Cette collaboration est à l'origine de la méthode cathartique, aussi connue sous le nom de « catharsis » qui souligne l'importance de la parole des patients. Ils sont encouragés à s'exprimer librement afin de libérer leurs émotions et ainsi, d'identifier le traumatisme responsable de leurs symptômes dans le but de le supprimer.

La notion de « transfert » a émergé lorsque Freud a soulagé une patiente de ses maux, celle-ci, à son réveil, se jeta à son cou pour le remercier. Cet événement a mis en lumière le « rapport hypnotique » qui se développe entre un praticien et son patient.

Cet épisode marqua le début de la psychanalyse (45) (48).

#### **1.10. Milton Erickson (1901-1980)**

Ce psychiatre américain, président fondateur de *l'American Society for Clinical Hypnosis*, a été reconnu comme le plus grand praticien de l'hypnose. À travers l'élaboration de nombreuses techniques thérapeutiques innovantes et la publication d'une série d'observations pertinentes, il a joué un rôle majeur dans la réhabilitation de l'utilisation de l'hypnose en médecine et en psychothérapie.

Contrairement à l'approche directive et autoritaire généralement associée à l'hypnose classique, Erickson voyait l'hypnothérapeute comme un catalyseur, un compagnon guidant le patient vers son inconscient, l'accompagnant dans l'exploration de ses ressources intérieures. Cette perspective a engendré une nouvelle dynamique de relation et de communication entre le patient et l'hypnothérapeute, dépassant ainsi les modèles conventionnels. Il s'agit aujourd'hui de la technique d'hypnose la plus utilisée.

Il était convaincu que les états de conscience modifiée ou de transe sont des expériences courantes de la vie quotidienne, qu'il désignait sous le terme de « transe commune » reconnues comme des phases d'autohypnose ou de transe physiologique. Il s'agissait d'instantanés de distractions où notre attention était plongée dans nos souvenirs, négligeant ainsi notre environnement.

L'hypnose thérapeutique vise à induire cet état naturel de dissociation, permettant au patient de surmonter ses problèmes en mobilisant ses ressources auxquelles il n'avait pas accès à l'état d'éveil (9) (26) (42).

### 1.11. Léon Chertok (1911-1991)

Ce psychiatre et psychanalyste s'inspira d'une méthode qu'il avait observée quelques années auparavant, à Vienne, en utilisant le pouvoir de la suggestion pour soigner Madeleine, une patiente amnésique des douze dernières années de sa vie. À sa sortie de transe hypnotique, elle se rappela de tout.

Cette réussite l'encourage à approfondir l'étude de l'hypnose et à affirmer que la psychanalyse s'inscrit dans la continuité de cette pratique.

Par la suite, il oriente son travail autour de la « psychosomatique », en s'appuyant sur de nombreuses expériences dans le domaine de l'analgésie (45).

### 1.12. Frise chronologique des grands personnages de l'hypnose

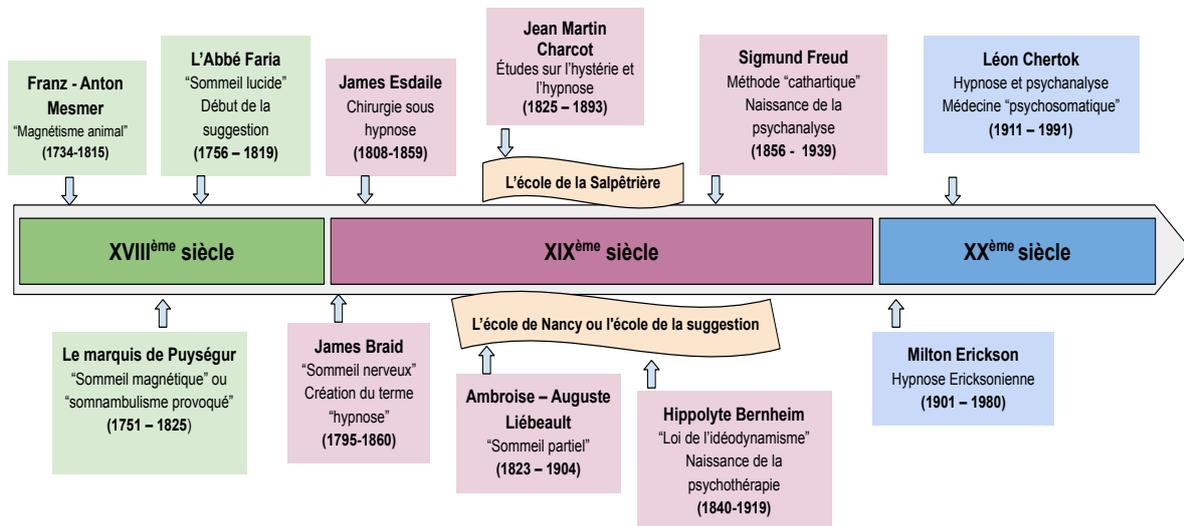


Figure 1 : Frise chronologique des grands personnages de l'hypnose

## 2. Définitions

### 2.1. Définitions de l'hypnose

Dans sa définition la plus courante, l'hypnose se caractérise par un état de conscience modifiée (3). Dans le livre de Frédérique Robin (9), il s'agit d' « un état de conscience dissociée ou modifiée au cours duquel l'attention de la personne hypnotisée est focalisée sur une pensée, une image, une sensation, une activité, alors que les évènements extérieurs sont ignorés ».

**Définition de l'Association médicale britannique (1955) :** « Un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et

dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément, ou en réponse à des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices, peuvent être dans l'état hypnotique produits et supprimés » (1).

**Définition selon Milton Erickson (1980) :** « Un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec des compréhensions et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages » (1).

**Définition du dictionnaire Larousse :** du grec « *hypnoûn* » signifiant sommeil, il s'agit d'un « état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion » (24).

## 2.2. Les différents types d'hypnose

Il convient de définir les différents types d'hypnose que nous pouvons rencontrer :

- **l'hypnose formelle** désigne une approche structurée, qui suit les étapes classiques d'une séance d'hypnose, à savoir l'induction, la dissociation et le réveil et ce, sur un temps défini. Elle est souvent caractérisée par un récit narratif, présentant des interactions verbales plus lentes.
- **l'hypnose conversationnelle** a pour but d'induire progressivement un état hypnotique chez un patient à la suite d'une conversation.
- **la communication hypnotique** se déploie dans le cadre d'un dialogue entre un professionnel de santé et un patient et repose sur l'utilisation stratégique de techniques de communication et de moyens rhétoriques inspirés de l'hypnose formelle.
- **l'autohypnose** consiste à pratiquer l'hypnose sur soi - même, en reproduisant les méthodes apprises lors des séances avec un hypnothérapeute. Elle ne nécessite pas l'intervention d'un tiers (23).

## 2.3. Définition de la conscience

Selon le dictionnaire Larousse, la conscience est une « connaissance, intuitive ou réflexive immédiate, que chacun a de son existence et de celle du monde

extérieur ». Il s'agit également d'une « représentation mentale claire de l'existence, de la réalité de telle ou telle chose. Enfin, en psychologie, c'est une « fonction de synthèse qui permet à un sujet d'analyser son expérience actuelle en fonction de la structure de sa personnalité et de se projeter dans l'avenir » (21).

### **La conscience critique et la conscience hypnotique**

La conscience critique est liée à notre état de vigilance et à notre capacité d'évaluation rationnelle, couramment utilisés dans notre vie quotidienne. Elle se caractérise par des fonctions d'observations et d'analyses prédominantes, nous permettant de discerner les faits, de raisonner et de prendre des décisions éclairées. D'un autre côté, la conscience hypnotique est associée aux fonctions d'imagination et de créativité.

Il est important de noter que la conscience n'est jamais exclusivement en mode critique ou en mode hypnotique. Ces deux formes de conscience coexistent en permanence, agissant de manière complémentaire avec des niveaux de prédominance variables, offrant la possibilité de revenir à la réalité lors d'une conscience hypnotique et la capacité de plonger dans son imaginaire lors d'une conscience critique (26).

### **2.4. Définition de la dissociation**

La dissociation est une caractéristique inhérente au processus hypnotique, qui se manifeste de manière courante dans notre vie quotidienne. Elle implique la capacité de diviser sa conscience en deux parties distinctes : l'une reste connectée à la réalité, à l'instant présent, tandis que l'autre explore l'imaginaire et la projection mentale. Ce phénomène facilite l'accès à l'inconscient et à la dimension sensorielle. On peut observer cet état dans diverses situations, que ce soit de manière spontanée lorsque nous sommes plongés dans nos pensées, de manière provoquée lors d'une séance d'hypnose pour induire la transe hypnotique, ou encore en réponse à un traumatisme ou à une douleur chronique comme moyens de défense face à la situation (23).

### **2.5. Définition de la transe hypnotique**

Selon Erickson, la transe est « la focalisation et la fixation de l'attention pendant un certain temps ». La « focalisation » est un état où l'attention se concentre exclusivement sur une partie spécifique de la réalité, négligeant ainsi le reste. Et la

« fixation pendant un certain temps » signifie que l'attention sur cette partie de la réalité reste ancrée plus longtemps que lors d'une conscience critique habituelle (26).

On peut considérer la **transe spontanée** comme **positive** lorsqu'elle engendre des sensations et des émotions agréables, un sentiment de sécurité contribuant ainsi au bien – être et au confort du sujet. L'imaginaire du sujet va renforcer ses émotions positives, les intensifier, ouvrant un espace de ressources et de créativité (25).

En revanche, la **transe spontanée** est **négative** quand elle se caractérise par une focalisation sur des émotions et des sensations désagréables telles que la peur, la douleur, la tristesse, la colère, etc. L'imagination du sujet peut renforcer cette orientation, en créant des scénarii catastrophiques ou en anticipant le pire, pouvant amplifier la douleur ressentie (25).

## **2.6. Définitions de la suggestion et de la suggestibilité**

Dans son livre « De la suggestion », Hippolyte Bernheim (47) explique que toute notion, qu'elle soit transmise par la parole, découlant de la lecture, surgissant d'une expérience sensorielle, éveillée par les émotions ou générée par le cerveau, peut être considérée comme une forme de suggestion.

Et que la suggestibilité correspond à « l'aptitude du cerveau à recevoir ou à évoquer des idées et sa tendance à les réaliser, à les transformer en actes ».

Lors d'un échange avec un patient, le praticien peut recourir à plusieurs formes de suggestions.

### **2.6.1. Les suggestions directes**

Les suggestions directes permettent au thérapeute d'exprimer clairement son intention au patient en interagissant avec sa partie consciente. Elles peuvent être employées en début de séance pour l'aider à focaliser son attention et faciliter l'induction de la transe, mais également lors de la sortie de l'état hypnotique pour simplifier le retour à la conscience ordinaire. Elles sont particulièrement appropriées dans les situations d'urgence en impliquant directement le patient et en favorisant des réponses rapides. Pour exemple « Vos yeux se ferment et vous respirez simplement ».

Ces suggestions peuvent susciter parfois des résistances chez le patient par leur côté directif et autoritaire. Dans ces cas - là, l'hypnose Ericksonienne, caractérisée

par son approche plus souple et permissive peut être mieux adaptée. Milton Erickson déclarait qu'il faut « Être aussi direct que possible et aussi indirect que nécessaire » (7). Comme exemple « Vous fermez vos yeux tranquillement dans quelques instants ou maintenant » (51).

### 2.6.2. Les suggestions indirectes

Les suggestions indirectes ciblent l'inconscient du patient de manière permissive et ouverte, avec un objectif visé implicitement formulé. Cela offre au patient la possibilité d'explorer librement toutes ses ressources.

Nous pouvons citer quelques modes d'actions :

- les **suggestions composées** reposent sur une série d'évidences incontestables, appelées truismes, dont les différentes propositions sont liées par des conjonctions de coordination. Ces suggestions encouragent le patient à l'acceptation « Vous savez que vous êtes assis sur cette chaise pendant que le soleil brille aujourd'hui car après le mauvais temps, le beau temps et vous commencez peut-être à ressentir une sensation de tranquillité ; une partie de vous écoute ma voix qui vous accompagne, or une autre partie capte peut-être certains mots agréables tout en ressentant la force de la luminosité de cette salle accentuant la partie de vous qui travaille » (51).
- les **suggestions paradoxales** encouragent à un comportement pour susciter son contraire, afin d'éviter les résistances « Il est important d'augmenter votre douleur » (51).
- les **suggestions mobilisatrices / ouvertes** offrent au patient la possibilité de choisir parmi les suggestions proposées, facilitant ainsi le choix et l'acceptation « Vous pouvez ressentir ce que vous avez envie de ressentir pour entrer dans votre mode de bien-être, peut-être un certain élan ou une détente particulière » (51).
- les **choix illusoires** confèrent au patient une illusion de maîtrise, renforçant sa capacité d'acceptation. Peu importe la décision du patient, celui-ci valide implicitement la proposition du soin « Préférez-vous être hypnotisé avec ou sans les lunettes ? » (25).
- le **saupoudrage** a pour but d'instaurer un environnement calme et apaisant en répétant des mots d'un même registre, tout en laissant un moment de pause

entre chacun d'eux « ... et vous pouvez profiter **tranquillement**... de ce moment paisible... sur cette plage... et je ne sais pas si vous préférez vous laisser **doucement**... bercer par le bruit des vagues... » (25).

- le **yes set** ou **séquence d'acceptation** consiste à obtenir l'approbation de l'interlocuteur par des truismes. Une suggestion finale présentant un objectif thérapeutique est ensuite proposée et acceptée par le patient puisqu'il se trouve conditionné à l'acceptation. En réduisant le niveau d'attention dans le discours, cette technique vise à faciliter l'intégration d'une idée sans l'imposer de manière trop directe.

« Bonjour, je me prénomme Valérie, je suis l'infirmière qui va réaliser le pansement sur votre pied.

– Bonjour madame... Je suis très tendu à l'idée de ce pansement.

– C'est donc mieux pour vous d'être détendu au moment où je réalise le soin.

– Euh... **oui**... bien sûr, c'est toujours mieux d'être détendu, mais je n'y arrive pas.

– En dehors de ce contexte vous êtes d'accord pour dire que c'est agréable d'avoir des muscles relâchés et une respiration plus calme ?

– **Oui**.

– Je remarque que vous avez déjà choisi d'être allongé dans cette position.

– **Oui**, je préfère être allongé pour ne pas être tenté de regarder.

– C'est une bonne idée, vous avez même placé un petit oreiller sous votre jambe.

– **Oui**, pour vous aider et faciliter le soin.

– Alors vous avez déjà mis en place beaucoup de choses pour vous détendre.

– **Oui**, c'est vrai.

– Pendant que je fais ce que j'ai à faire, seriez-vous d'accord de fermer les yeux et de centrer votre attention sur votre main droite et imaginer un lieu dans lequel vous aimeriez vous rendre ?

– **D'accord**... » (23).

### 2.6.3. Les suggestions métaphoriques

La métaphore, fréquemment employée en hypnoalgésie, présente des avantages considérables puisqu'elle s'adresse à la fois au conscient et à l'inconscient du

patient. Elle peut prendre la forme d'une image ou d'une histoire cohérente avec la problématique du sujet pour l'amener progressivement au changement.

« Le thérapeute sème les graines et plus l'image est parlante, plus elle aura une puissance émotive, dynamique et structurelle » (51).

### 3. Neurophysiologie de l'hypnose

L'état hypnotique, autrefois considéré comme l'une des phases du sommeil, a traversé une évolution au cours des siècles, passant du sommeil magnétique, au sommeil lucide, nerveux puis partiel.

Le cerveau, en tant que centre de contrôle de l'organisme responsable des fonctions cognitives et de la coordination motrice, demeure un objet d'intérêt complexe pour les chercheurs, tout en réagissant à une variété de stimuli internes et externes.

Les avancées majeures dans les techniques d'imagerie cérébrale ont révolutionné l'exploration de son fonctionnement ouvrant ainsi de nouvelles perspectives pour comprendre son rôle dans les états hypnotiques.

#### 3.1. Anatomie du cerveau

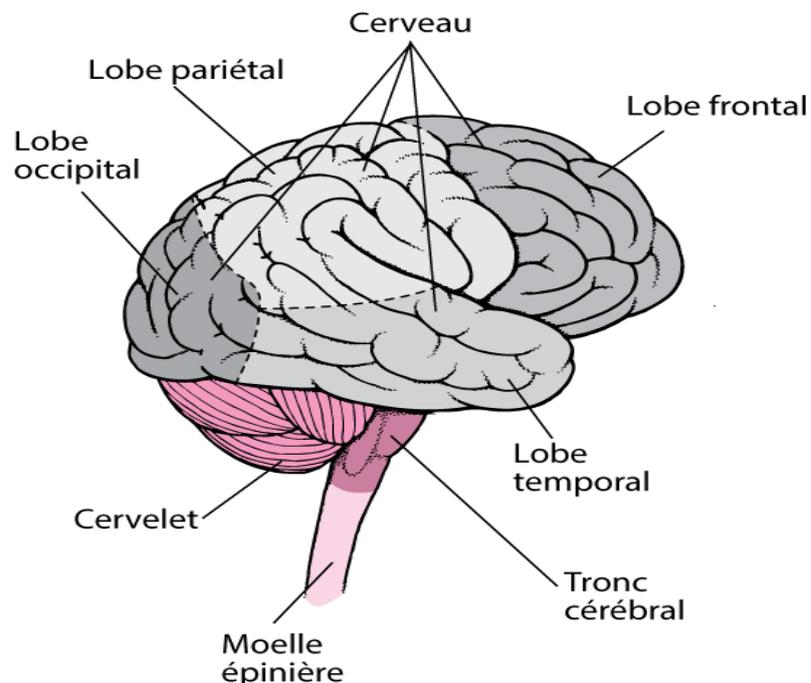


Figure 2 : Les différents lobes du cerveau (10)

Le cerveau est divisé en deux hémisphères cérébraux droit et gauche, contenant chacun un lobe frontal, un lobe temporal, un lobe pariétal et un lobe occipital. Ces

quatre lobes détiennent des fonctions bien précises et sont séparés par des scissures.

Les **lobes frontaux** interviennent dans la prise de décision, de motivation, dans la mémoire et le langage. Ils ont également un rôle dans les comportements sociaux.

Les **lobes pariétaux** recueillent les stimuli somesthésiques, c'est-à-dire ce qui s'apparente à la sensibilité et la reconnaissance des textures, ou encore des formes. Ils contrôlent la proprioception et donc le repérage dans l'espace.

Les **lobes temporaux** sont centrés sur la mémoire, le langage et les émotions.

Les **lobes occipitaux** sont centrés sur la vision.

On retrouve aussi le **cervelet**, un centre nerveux situé à l'arrière du crâne. Celui-ci joue un rôle fondamental dans la coordination motrice, l'équilibre et la posture. Il reçoit et traite les informations de la moelle épinière et du cerveau, ce qui lui permet d'assurer la régulation d'activités musculaires telles que la marche (10).

Enfin, le **cortex cérébral**, aussi appelé substance grise, est composé d'un grand nombre de neurones. Il recouvre les deux hémisphères du cerveau et assure un rôle indispensable dans les fonctions nerveuses de base telles que la motricité, la sensibilité et la sensorialité. Il participe grandement aux fonctions cognitives telles que la mémoire ou le langage (11).

### **3.2. L'exploration cérébrale**

Au XXe siècle, l'étude du cerveau a connu une révolution grâce à l'émergence de diverses techniques d'imagerie, notamment l'EEG, l'IRMf et la TEP.

Ces avancées ont considérablement facilité l'exploration du fonctionnement du cerveau, offrant ainsi aux chercheurs une meilleure compréhension de cet organe complexe.

#### **3.2.1. L'électroencéphalographie**

La première de ces techniques est l'électroencéphalographie, développée par un neurologue, Hans Berger, en 1929. Cet examen non invasif permet d'apprécier l'activité électrique du cerveau, dont les variations vont donner un tracé : l'électroencéphalogramme.

Des électrodes sont disposées sur la surface du crâne et le sujet doit accomplir une activité cognitive afin d'enregistrer des signaux électriques issus de l'activité

cérébrale. Cependant, la localisation de ces régions cérébrales ne peut être indiquée avec ce procédé.

Différents rythmes ont été définis en fonction de leur fréquence exprimée en Hertz :

- delta : fréquence inférieure à 4 Hertz
- thêta : fréquence comprise entre 4 et 8 Hertz
- alpha : fréquence comprise entre 8 et 13 Hertz
- bêta : fréquence comprise entre 13 et 30 Hertz
- gamma : fréquence supérieure à 30 Hertz (49)

En 1949, Gordon a constaté lors de l'enregistrement de l'EEG chez des sujets en état d'hypnose, que les tracés étaient semblables à ceux observés en état d'éveil, se différenciant clairement de ceux enregistrés pendant l'état de sommeil.

En état hypnotique, les EEG enregistrés présentent des rythmes lents, les rythmes alpha, similaires à ceux d'un état d'éveil au calme. Ils montrent également une hausse des rythmes très lents, thêta et delta, caractéristique des états de somnolence (9).

### **3.2.2. La tomographie par émission de positons**

Apparue en 1979, cette technique mesure indirectement l'activité cérébrale en étudiant les variations de débit sanguin. Lorsqu'une tâche cognitive est effectuée, une source énergétique en oxygène et en glucose doit être apportée aux neurones qui s'activent. Cela se traduit par une dilatation des vaisseaux et donc une augmentation du volume sanguin dans la région cérébrale concernée.

Ce procédé requiert l'injection d'un traceur radioactif (le fluor 18 ou le carbone 11) dans la circulation sanguine. Une augmentation de l'afflux sanguin sera associée à plus de particules radioactives émises dans cette zone, qui se traduira par une amplification du signal détecté. Contrairement à l'EEG, la TEP permet de localiser les régions cérébrales (49).

La TEP peut être associée à un scanner, nommé TEP-scan, afin d'acquérir des images anatomiques détaillées des organes et des tissus, tout en mettant en évidence l'activité présente dans cette zone (50).

### **3.2.3. L'imagerie par résonance magnétique et l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle**

L'IRM permet d'acquérir des images détaillées de l'anatomie du cerveau au moyen d'un aimant (permettant de générer un champ magnétique) et des ondes électromagnétiques.

L'IRMf, quant à elle, a considérablement accéléré les avancées dans l'étude du cerveau. Introduite au début des années 1990, elle partage une approche similaire à la TEP mais se distingue par son caractère non invasif, n'exigeant pas l'injection de substance radioactive.

Elle permet une évaluation indirecte de l'activité cérébrale ainsi que sa localisation précise en examinant les variations de concentrations en désoxyhémoglobine (hémoglobine dépourvue d'oxygène), qui influe sur le champ magnétique, perceptible par l'IRM. Cette réponse hémodynamique obtenue est nommée le signal *BOLD* (*blood oxygen level-dependent*) (49).

### **3.3. Fonctionnement du cerveau sous hypnose**

Cet état de « conscience modifiée », mis en évidence par l'électroencéphalographie en 1949, démontre ainsi que l'hypnose n'est ni un sommeil, ni un coma mais un état de veille dans lequel le sujet est éveillé et donc conscient (26).

Les recherches en EEG ont essayé de prouver que l'hypnose provoque des changements au niveau cérébral, mais les enregistrements obtenus n'ont pas permis d'identifier avec certitudes les mécanismes cérébraux spécifiques ni les régions corticales concernées. Néanmoins, l'analyse des fréquences cérébrales a établi que l'état hypnotique se différenciait de l'état d'éveil et du sommeil, écartant ainsi l'idée d'un effet placebo. Le niveau de connectivité lors d'une séance d'hypnose est supérieur à celui de la rêverie ou de l'effet placebo.

Toutefois, l'IRMf et la TEP ont, pour leur part, révélé des connexions cérébrales spécifiques lors d'un état hypnotique.

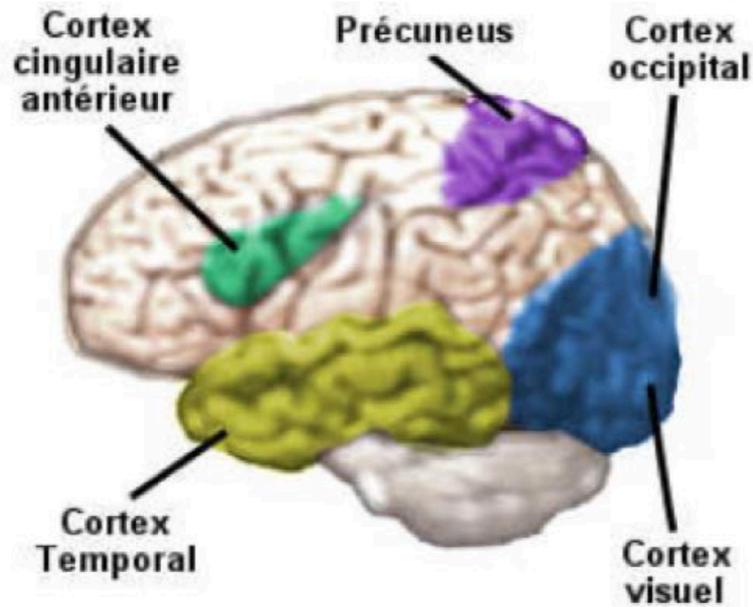


Figure 3 : Les régions cérébrales activées sous hypnose (43)

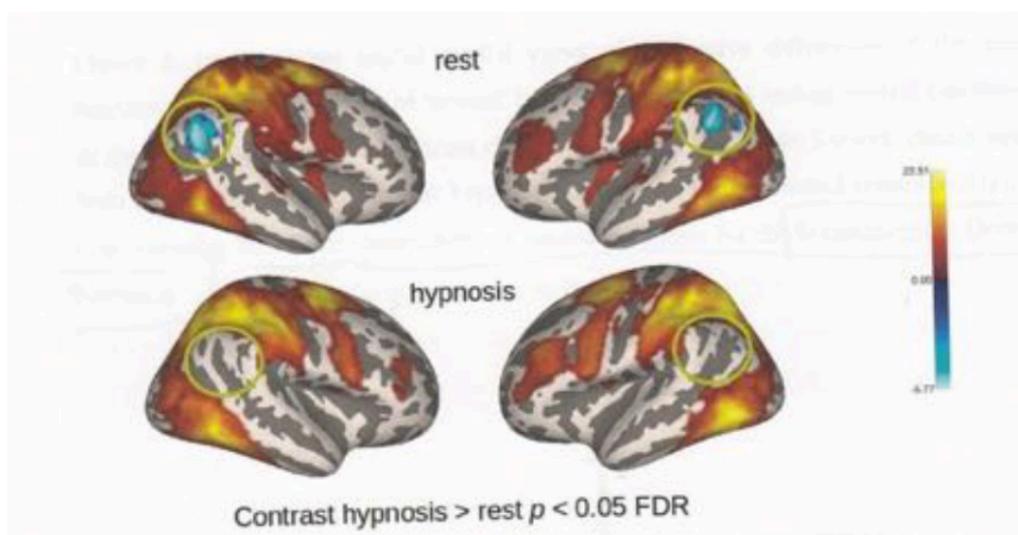


Figure 4 : La connectivité cérébrale au repos (*rest*) et en hypnose (*hypnosis*) (43)

Lors de l'hypnose, les régions occipitales, pariétales, préfrontales et cingulaires antérieures sont en état important de connectivité.

Les études réalisées ont prouvé que plusieurs zones cérébrales étaient actives lors du processus de "remémoration" du souvenir, incluant le cortex préfrontal, le cortex cingulaire antérieur, le cervelet et le précunéus.

Les images obtenues révèlent que l'hypnose est corrélée à une diminution de l'activité du cortex cingulaire postérieur et du précunéus du cortex pariétal, deux régions cérébrales très sollicitées durant l'état d'éveil.

Le Cortex Cingulaire Antérieur, centre du désir et de la volonté d'agir, joue un rôle prépondérant dans la composante émotionnelle de la douleur.

Le cervelet, quant à lui, est activé notamment lors du processus de rappel de souvenir.

Enfin, le précunéus représente le centre de l'agentivité, exprimant le sentiment d'être à l'origine de nos actions. Il est aussi associé à la conscience de soi, à l'imagerie mentale et à l'hypnose.

En hypnose, il est possible de modifier nos perceptions et d'activer nos aires sensorielles indépendamment de stimuli extérieurs. Notre cerveau, loin d'être simplement récepteur de stimuli environnementaux, peut réinterpréter et modifier les signaux reçus et a la faculté de créer des illusions perceptives. Pour exemple : « des musiciens à qui on demande d'entendre une musique en hypnose activent leurs aires auditives alors même qu'ils ne reçoivent aucune stimulation sonore » (43).

### **3.3.1. Les études réalisées**

Avec l'essor des techniques d'imageries, les chercheurs se sont concentrés sur l'exploration de l'activité cérébrale lors de l'état hypnotique durant les années 1990. En 1997, **Pierre Rainville** et son équipe de recherche au Canada ont présenté une étude (51) portant sur les mécanismes cérébraux de modulation et de perception de la douleur. Pour cette expérience, les participants, répartis en deux groupes devaient immerger leur main dans une eau chauffée à 47°C, tout en ayant leur activité cérébrale surveillée par la TEP. Le premier groupe recevait des suggestions sensorielles pour moduler l'intensité de la douleur, ce qui se traduisait par une réduction de l'activité du cortex somatosensoriel. En parallèle, le second groupe recevait des suggestions émotionnelles pour réguler le ressenti désagréable aboutissant à une diminution de l'activité du cortex cingulaire antérieur lié au système limbique et aux émotions.

Les résultats de cette étude ont révélé que l'hypnose peut traiter de manière distincte, au moyen de suggestions spécifiques, deux aspects de la douleur : la composante sensori - discriminative (intensité, localisation, etc.) et la composante affective (émotions liées à cette sensation). Ils ont également démontré une baisse significative de l'activité des régions corticales impliquées dans la perception douloureuse grâce aux suggestions hypnotiques orientées vers l'analgésie.

**Marie – Elisabeth Faymonville**, docteur au CHU de Liège en Belgique, a réalisé

son étude (26) sur des volontaires sains, soumis successivement à trois phases d'observations au cours desquelles un TEP scan est effectué. Premièrement, les sujets étaient allongés, les yeux fermés en état d'éveil au repos. Par la suite, les sujets repensaient à un souvenir agréable. Pour finir, ce même souvenir était évoqué lors d'une séance d'hypnose.

L'imagerie a mis en évidence des modifications spécifiques des débits sanguins régionaux qui étaient corrélées aux activités cérébrales régionales.

Les résultats ont révélé que le cortex cingulaire antérieur et le cortex prémoteur étaient activés pendant la session d'hypnose et non dans les autres situations. En revanche, le cortex cingulaire postérieur et le précunéus étaient inactivés pendant la session d'hypnose, alors qu'ils étaient actifs dans les autres contextes. Ses travaux démontrent que le cortex cingulaire antérieur joue un rôle essentiel dans l'aspect émotionnel de la douleur et qu'il contribue également à la modulation du phénomène nociceptif.

Par ailleurs, des régions cérébrales sont activées spécifiquement chez certains individus. Pour illustrer, lors d'une séance d'hypnose où un sujet focalise son attention sur un souvenir principalement visuel, on observe les mêmes activations occipitales que lorsqu'il perçoit réellement une scène visuelle. En revanche, lorsque le sujet se remémore ce même souvenir sans avoir recours à l'hypnose, ces zones occipitales ne présentent pas d'activité significative. Rainville a également confirmé ces résultats en 1999.

Ces études ont permis d'approfondir notre compréhension des mécanismes neurologiques associés à l'hypnose et à son impact sur le cerveau lors de cette pratique.

En outre, les études présentées par la SFAR montrent que l'hypnose possède un grand intérêt en pré, péri opératoire et post opératoire. L'hypnose conversationnelle est la technique la plus utilisée pour réduire le stress, la douleur et améliorer le confort physique et mental du patient.

Il a été mis en évidence une réduction des effets indésirables et de la consommation médicamenteuse (43).

### 3.3.2. L'action de l'hypnose sur la douleur

L'imagerie fonctionnelle a donc permis d'illustrer l'implication spécifique de certaines régions cérébrales lors de l'utilisation de l'hypnose à des fins analgésiques.

Il est essentiel de noter que l'intensité de la douleur n'est pas forcément liée aux dommages tissulaires. Elle résulte de l'interprétation de cette perception qui implique des processus cognitifs et émotionnels et n'est pas réduite à une simple stimulation nociceptive. La douleur constitue une perception sensorielle que notre cerveau peut moduler. L'hypnose médicale tire parti de cette capacité de modulation, jouant un rôle d'activation ou d'inhibition sur plusieurs aires corticales, réduisant ainsi les stimuli extérieurs et, par conséquent la perception douloureuse. Ce phénomène est connu sous le terme d'hypno – analgésie (43).

Les études d'imagerie cérébrale fonctionnelle ont montré qu'une diminution significative de l'activité dans les régions corticales dédiées au traitement de l'information de la douleur peut être induite par des suggestions hypnotiques d'analgésie. La nature des suggestions d'analgésie influence directement les effets observés au niveau cortical : lorsque les suggestions portent sur l'intensité sensorielle de la douleur, on constate une modification de l'activité dans le cortex somatosensoriel primaire, responsable du traitement de l'information liée à l'intensité de la douleur. En revanche, si les suggestions d'analgésie ciblent la pénibilité de la douleur, une modification de l'activité au niveau du cortex cingulaire antérieur est observée, une zone associée au système limbique et aux émotions.

Ces études soulignent un changement du traitement des informations sensorielles et émotionnelles qui contribuent à la perception subjective de la douleur (52).

## 4. Le processus hypnotique

### 4.1. Les étapes du processus hypnotique

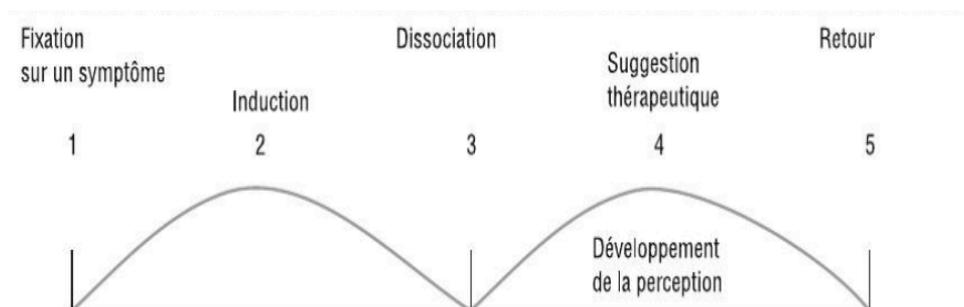


Figure 5 : Schéma du processus hypnotique (51)

Pour parvenir à cet état hypnotique, plusieurs étapes sont nécessaires, au cours desquelles l'attention et l'état de conscience du patient varient.

1) Le patient est focalisé sur un symptôme qu'il ressent.

2) La **phase d'induction** peut être désignée de « porte d'entrée de l'état hypnotique » (23) et représente donc la première étape du processus hypnotique. Elle consiste à inciter le patient à détourner son attention vers une autre perception qu'il s'agisse d'une image, d'un son, d'un mouvement, etc., au moyen de techniques d'induction qui s'appuient majoritairement sur les canaux sensoriels. Cela facilite la transition vers l'état dissociatif.

3) La **phase de dissociation** représente une étape vers le domaine de l'imaginaire, où le patient se détache de ses repères habituels pour s'ouvrir au changement et concentrer son attention sur les paroles du praticien. Il entre ainsi dans un autre mode de perception, qualifiée de « perceptude » selon François Roustang, hypnothérapeute et philosophe.

4) Les **suggestions thérapeutiques** sont utilisées pour conduire le patient à mobiliser ses propres ressources, à développer ses perceptions et à stimuler son imagination. Elles visent à le guider vers une perception sensorielle différente, lui permettant ainsi d'observer son problème sous un nouvel angle.

Le fait de mettre en veille nos facultés d'analyse vise à accroître notre suggestibilité. Lorsqu'il s'agit de gérer une douleur aiguë chez un patient, le praticien va chercher à amplifier sa suggestibilité pour ensuite lui proposer des suggestions en lien avec les objectifs recherchés, tels que l'amélioration du confort, l'analgésie, etc. (26).

5) Enfin vient le retour à la réalité, la **phase de réveil**, au cours de laquelle le patient retrouve sa perception ordinaire, enrichie de réajustements et de nouvelles perspectives induites par l'hypnose (51).

Le patient a la possibilité de mettre fin à l'expérience hypnotique de sa propre initiative, mais c'est le plus souvent le thérapeute qui l'encourage à revenir à « l'ici et maintenant ». Pour cela, il peut suggérer de laisser les images s'estomper, en invitant le sujet à reprendre conscience de l'environnement actuel, en écoutant les bruits extérieurs, en réintroduisant consciemment du mouvement dans ses extrémités, en l'amenant à ouvrir les yeux (52).

## **4.2. La notion de temporalité**

L'objectif de l'hypnose est d'utiliser les intérêts de la transe spontanée positive dans des contextes où celle-ci ne se manifeste pas spontanément, comme dans le domaine médical par exemple.

Pendant longtemps, l'hypnose a été perçue comme un processus nécessitant plusieurs minutes pour s'installer ce qui est en réalité dû à une confusion entre la relaxation musculaire, qui effectivement demande plusieurs minutes et la modification du processus de conscience, qui se produit presque instantanément. En moins d'une seconde, la conscience peut se focaliser sur un élément externe (un objet, le paysage, etc.) ou interne (sa respiration, ses sensations, etc.) et passer en mode « transe ». L'induction de transe est donc un processus extrêmement rapide (26).

## **4.3. L'induction hypnotique**

Chaque séance d'hypnose est unique et il incombe au professionnel de choisir la méthode, l'outil qui lui semble le plus adapté en fonction du patient, du contexte et de ses besoins. La gestion de la douleur aiguë par l'hypnose nécessite une prise en charge très brève exigeant une adaptation continue du praticien pour garantir l'établissement d'une alliance thérapeutique solide avec son patient.

L'induction hypnotique repose essentiellement sur les canaux sensoriels du sujet.

Il est important pour le professionnel de santé de discerner le ou les sens auxquels le patient est le plus réceptif, en se basant sur l'échelle VAKOG, dont l'acronyme fait référence à la première lettre de chacun des cinq sens : la vision, l'audition, la kinesthésie, l'olfaction et le goût. Cela lui permet ensuite d'orienter judicieusement les techniques d'induction et de suggestion, tout en favorisant l'alliance thérapeutique avec le patient (23).

Ce diagnostic sensoriel s'effectue par le biais d'un échange avec le sujet sur ses activités, ses loisirs, tout en accordant une attention minutieuse au langage, aux termes et aux métaphores qu'il emploie.

En complément, l'utilisation de la grille d'interprétation des mouvements oculaires (ci-dessous) élaborée par Bandler et Grinder, offre une perspective supplémentaire quant à ses préférences sensorielles (51).

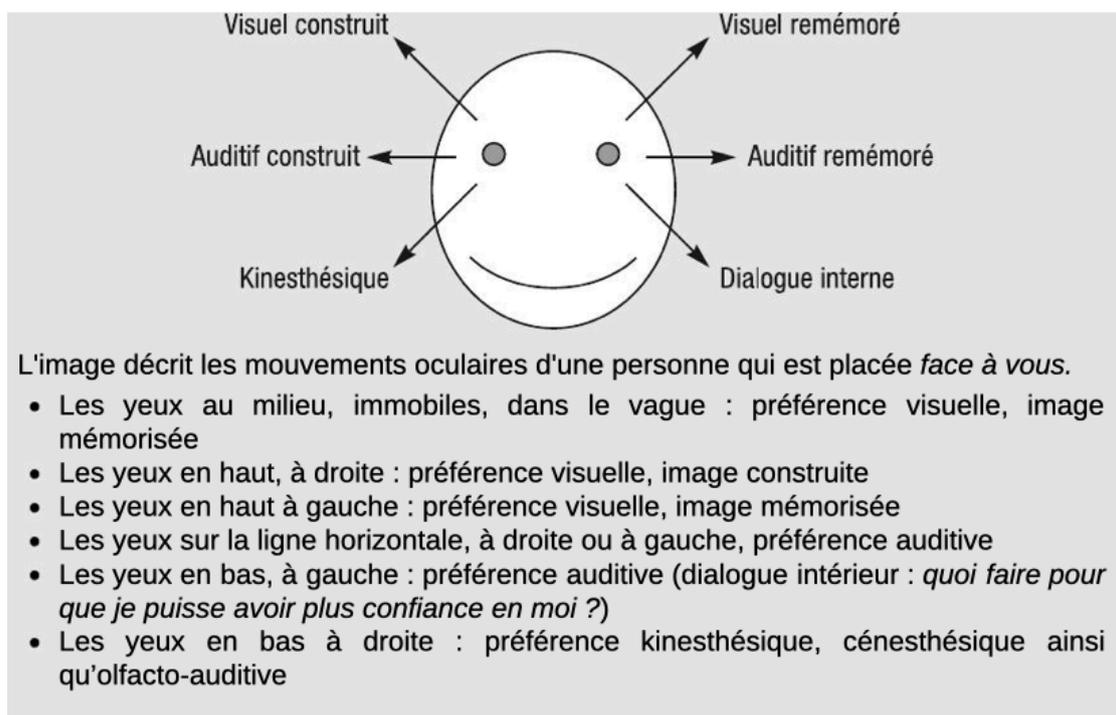


Figure 6 : Les mouvements oculaires et repérage du VAKOG (51)

#### 4.3.1. Induction par focalisation visuelle

Le thérapeute invite le patient à choisir un point de fixation et de focaliser toute son attention dessus, en se laissant absorber. Il ajuste son langage en utilisant des termes liés au champ visuel tels que voir, observer, yeux, etc. pour faciliter l'entrée en transe.

##### Exemple- type

« Je vous invite à choisir un point devant vous, à laisser ce regard balayer l'environnement qui est le nôtre pour choisir le point qui vous est le plus plaisant, le plus convenable et à laisser ces yeux fixer ce point... à l'observer avec une douce intensité... à en observer les contours... et vous n'avez rien d'autre à faire que laisser ces yeux regarder ce point... ce point qui peut-être se modifie déjà ou dans quelques secondes... » (23).

#### 4.3.2. Induction par focalisation auditive

Le praticien peut s'appuyer sur une musique, sa voix, le son de la respiration du patient ou les sons environnants. Il intègre l'environnement sonore (comme les bruits de la rue, les cris, le brouhaha) dans sa technique d'induction, en le transformant en levier plutôt qu'en contrainte « Et plus vous entendez ces bruits à l'extérieur, et plus

vous rentrez à l'intérieur de vous pour mieux les mettre à distance... ». Il adapte aussi son vocabulaire avec un champ lexical autour de l'audition comme entendre, sons, bruit, voix, etc. Cela est particulièrement utile dans les services d'urgence ou encore lors d'interventions sur la voie publique.

### **Exemple – type**

« Alors je vous propose de focaliser toute votre attention sur les sons environnants... ceux de la rue au loin... de l'immeuble... chez les voisins... dans cette pièce... le grésillement de la lampe... le glouglou des radiateurs... et puis le bruit de votre propre respiration... le son de l'inspire... différent du souffle de l'expire... très très bien... et puis il y a ma voix qui constitue comme un fil rouge auquel je vous propose de vous accrocher... en partie... ou pas... comme une partition de musique où les notes se mêlent, s'accordent, s'harmonisent... s'entremêlent... Et comme vous le savez ma voix vous accompagne, elle peut se faire vôtre à tout moment... quand cela est nécessaire pour vous... comme il est nécessaire parfois de prendre appui sur une canne ou un bâton lors d'une randonnée... à votre convenance... c'est vous qui décidez... et c'est très bien ainsi... il y a aussi des silences par moments... des silences qui permettent aussi de renforcer votre capacité à entrer un peu plus à l'intérieur de vous-même... tranquillement... toujours à votre rythme... » (23).

D'après le Livre du Dr. Aim (7), l'hypnose est un outil qui s'adapte à toutes les situations et circonstances ». Contrairement aux idées reçues, l'atmosphère sonore présente autour du patient n'est pas un frein à cette pratique, il faut s'en servir comme atout : « vos oreilles peuvent entendre beaucoup de bruit et c'est normal, votre corps fera le tri, il prendra et écoutera ce qui lui convient, ce qui lui sera utile ». « La stratégie est d'inclure, dès le début ou pendant la séance, par des suggestions, les bruits et le vacarme environnants ».

### **4.3.3. Induction par focalisation kinesthésique**

Le thérapeute incite le patient à se recentrer sur ses sensations corporelles telles que les points de contact, l'odeur, la texture d'un vêtement, etc.

Pour faciliter l'induction d'un état de transe et la dissociation de la réalité, il est préconisé d'utiliser un langage kinesthésique, en utilisant des termes comme sentir, percevoir, toucher, etc.

### **Exemple-type**

« Je vous invite alors simplement à faire comme une sorte de bilan des perceptions de ce corps... les points de contact entre lui et le fauteuil... l'arrière des cuisses, le bassin, les fesses, les points saillants de la colonne vertébrale, la tête... les pieds sont en contact du sol... exactement comme cela... ces pieds ressentent aussi une sensation de compression au niveau des lacets des chaussures... une sensation plus libre au niveau des orteils... voilà... très tranquillement comme ça vous percevez la chaleur sous le *jeans*, qui n'est pas la même que celle sous le *sweat*... comme un petit observateur, un fin scientifique très bien... le contraste avec la fraîcheur sur le visage... la douceur du tissu perçue sous la pulpe des doigts... la délicatesse des cheveux dans la nuque... comme un léger chatouillis... agréable... toutes ces sensations qui sont les vôtres là maintenant et qui fondent cette réalité... exactement comme cela... peut-être l'odeur ambiante de cette pièce, de votre parfum ou l'odeur de la lessive... un goût en bouche... voilà... un fin observateur qui prend le temps d'observer... et plus il observe, plus quelque chose s'apaise... comme ce mouvement respiratoire dans cette cage thoracique... dans cette sphère digestive... cela s'apaise... et comme en apesanteur, vous pouvez vous diriger encore à l'intérieur de vous... exactement comme cela... en toute sécurité... et vous rendre là où il fait bon être... » (23).

#### **4.3.4. Induction par focalisation olfactive**

Moins fréquemment utilisée, cette méthode d'induction se focalise d'avantage sur le souvenir d'une odeur marquante pour le patient que sur l'odeur présente au moment de l'induction, telle que l'odeur aseptisée de l'hôpital (52).

#### **Exemple – type**

« Vous êtes là et vous sentez l'odeur caractéristique de la forêt, je me demande si vous sentez déjà les nuances d'humidité, de sécheresse. Vous êtes sensible aux parfums dégagés par la terre, par les éléments de cette nature... plus vous vous enfoncez plus vous reconnaissez ces caractéristiques... je ne sais pas si ce sont davantage les parfums de fleurs, de terre, de champignons peut-être... l'ambiance qui évoque pour vous le plus de souvenirs agréables... l'odeur de l'air vous permet de retrouver et d'installer une sensation diffuse de bien-être... une sensation qui reste comme un parfum qui marque et laisse son empreinte... vous profitez

pleinement de retrouver ces marques olfactives pour trouver une posture adéquate et oublier tout ce qui doit l'être... » (51).

#### **4.3.5. Induction par focalisation gustative**

Le recours à ce procédé demeure moins fréquent dans le domaine médical, exception faite pour l'administration de médicaments.

Néanmoins, dans le contexte de la communication hypnotique, la mémoire gustative peut être exploitée de manière pertinente au sein des séances d'accompagnement hypnotique (26).

#### **4.3.6. Induction par focalisation respiratoire**

La respiration peut jouer un rôle essentiel dans l'intégration des suggestions thérapeutiques. Une approche possible serait de lier l'inspiration à l'idée d'intégrer de nouvelles compétences et l'expiration au relâchement et à la mise à distance de certains problèmes. De plus, la respiration a pour effet d'induire un état de détente ou de relaxation. Cependant, il est déconseillé de l'utiliser chez les sujets anxieux qui présentent des symptômes d'hyperventilation, car la focalisation sur la respiration ne pourrait qu'accentuer cette sensation désagréable.

#### **Exemple – type**

« Je vous propose de focaliser votre attention sur votre respiration... je vous invite ainsi à vous représenter juste là en votre centre, votre colonne d'air... exactement comme cela... et de visualiser cet air qui monte à l'inspire et qui descend à l'expire... ça monte... ça descend... c'est parfait ainsi... et plus votre attention se fixe sur cet air et plus vous entrez à l'intérieur de vous... peut-être vers cet endroit ressource... sur cette plage au bord de mer... où le mouvement des vagues est tel le mouvement de votre respiration... calme... tranquille... et je vous propose d'ancrer toutes ces bonnes sensations sur ce mouvement respiratoire... ce mouvement central... ce mouvement vital, perpétuel depuis votre naissance... juste là en votre centre... chacune de vos expires ancre encore un peu plus profondément tout ceci à l'intérieur de vous... et plus c'est ancré plus vous pourrez les retrouver quand il y aura besoin, quand cela sera nécessaire... un peu comme on retrouverait le chemin qui mène chez soi... c'est là à l'intérieur de vous... à chacune de vos expires cela est présent... se diffuse... et c'est très bien comme ça... vous ressentez cela dans votre corps ? » (23).

#### **4.3.7. Induction par le lieu sûr / le *safe place***

Cette technique est utilisée pour guider le patient vers un lieu (qu'il soit réel ou imaginaire) lui inspirant un sentiment de sécurité afin qu'il se sente protégé de l'inconfort ou de la douleur pendant les soins. Cela favorise la dissociation psychique durant la transe hypnotique.

##### **Exemple-type**

« Pendant que vous êtes installée dans ce lit et que vous sentez certains mouvements et certaines sensations, je vous invite à vous projeter là-bas... dans cette pièce que vous connaissez si bien... d'observer les limites, les contours de ce salon... de sentir votre corps sur ce canapé... tranquillement... calmement... laissez vos yeux se poser sur cet environnement et explorer les détails autour de vous... les couleurs... les ombres... la luminosité... écoutez peut-être les sons si familiers que vous avez évoqués avec moi, les plus éloignés mais aussi les plus proches... le son de la télévision, le ronronnement du chat... votre propre respiration, calme et confortable... je vous propose aussi de percevoir certaines odeurs caractéristiques de ce salon, l'odeur de la cheminée, du bois... de bien percevoir la position de ce corps dans le salon, sur ce canapé, de noter les points d'appuis, la température du corps... vous pouvez même ressentir le poids du plaid sur vos jambes et le poids de votre corps sur le canapé... ici et ailleurs à la fois... c'est intéressant de pouvoir se connecter à cet endroit... d'en mesurer toute la sécurité... toute la protection... de remarquer comment plus vous centrez votre attention sur chaque détail, sur chaque sens... plus le sentiment de sécurité est grand... votre corps est totalement protégé... un peu comme si une bulle vous isolait des sensations de l'extérieur... laissez votre inconscient puiser suffisamment d'éléments dans cette expérience pour vous aider ici et maintenant... tranquillement... calmement... à votre rythme... parfois il est possible de ressentir des sensations différentes... mais c'est comme si dans ce salon tout avait moins d'importance. Lorsque vous aurez le sentiment de ressentir suffisamment de sécurité, je vous propose de me le signaler en bougeant légèrement l'un de vos doigts... » (23).

#### **4.3.8. Induction par lévitation de la main**

Cette technique est basée sur l'utilisation de phénomènes idéomoteurs visant à suggérer au patient une sensation de légèreté dans sa main, accompagnée d'un soulèvement et d'une stabilisation du membre en l'air.

Elle est souvent utilisée lors de soins douloureux ou anxiogènes, pour détourner l'attention du sujet vers autre chose. Des images suggestives, telles que le bracelet de ballons dans l'exemple suivant, peuvent être intégrées pour renforcer ce processus.

### **Exemple – type**

« À présent, je vous propose de porter attention à votre bras droit... d'imaginer que vous avez installé un bracelet, un bracelet d'une texture très douce, très confortable... à ce bracelet, il y a un fil attaché... et à l'autre extrémité du fil vous pouvez observer une multitude de ballons... une centaine... un millier de ballons... un nuage entier de ballons chargés d'un gaz très léger, très volatile... un peu comme ces ballons que les enfants lâchent dans les fêtes foraines et qui peuvent monter très loin... très haut... laissez s'installer ces sensations... jusqu'à ce que vous commenciez à percevoir la légèreté s'installer dans votre main droite, votre poignet et votre avant-bras... je me demande jusqu'à quel point cette légèreté va s'installer et comment elle va s'installer... en même temps vous pouvez également imaginer un ballon un peu plus grand que les autres qui serait en train de se gonfler progressivement sous la paume de cette main droite... remarquez comment il se gonfle à chaque inspiration... et plus vous inspirez, plus la main décolle de la surface sur laquelle elle se trouve... peut-être même que la main opposée devient plus lourde... plus relâchée, plus relaxée... et plus celle-ci s'alourdit, plus l'autre main devient légère... voilà très bien, exactement comme cela... c'est intéressant de constater comment cette légèreté s'installe dans le corps, car à mesure que cette main se stabilise dans les airs remarquez comment cette sensation s'installe dans d'autres parties du corps et de l'esprit... comment votre inconscient va vous permettre d'alléger ce qui a besoin de l'être... ressentez comment tout devient plus confortable là où cela est nécessaire... votre corps va pouvoir se souvenir de cela, aussi longtemps que votre inconscient le permettra... » (23).

#### **4.3.9. Induction par catalepsie du bras**

Cette méthode d'induction rapide consiste à créer une rigidité ou une suspension du bras en l'air par l'intermédiaire de la suggestion, favorisant l'apparition d'un état dissociatif. Elle peut être utilisée dans le cadre de douleurs aiguës pour diminuer l'inconfort ressenti et détourner l'attention du sujet vers une autre partie de son corps.

### **Exemple-type**

« Je vous demande de porter toute votre attention à ce bras, à ce poignet, à cette main et pendant que vous sentez mes doigts en contact avec ce bras, je vous propose d'imaginer qu'une corde est attachée à votre poignet... cette corde est reliée au plafond, votre main est maintenant suspendue... peut-être même qu'un support est installé sous cette main et que celui-ci épouse parfaitement la forme de votre paume, de votre poignet, de votre avant-bras... voilà très bien. Et à mesure que cette main reste en l'air vous pouvez observer comment elle est immobile et confortable dans cette position... et plus je retire mes doigts de votre poignet, plus la main reste en l'air par la seule force de votre inconscient, voilà très bien... Observez maintenant comment plus votre main est stabilisée dans cette position, plus le soulagement s'installe sur la partie de votre corps qui le nécessite le plus. Vous pouvez même si vous le souhaitez décider de retirer ce support sous la paume de cette main et de libérer tranquillement la corde de votre poignet, de manière à ce que cette main redescende légèrement... et plus la main redescend plus le confort peut s'installer... voilà très bien exactement comme cela... » (23).

#### **4.4. La dissociation simple**

Il s'agit certainement de la technique la plus couramment utilisée dans le domaine de l'hypnose thérapeutique, en particulier lors de soins invasifs ou anxiogènes. Cette approche relativement simple consiste à inviter le patient à se projeter dans un endroit agréable ou de pratiquer l'activité de son choix. L'établissement d'un climat de confiance est nécessaire pour que le patient se sente en sécurité. Cela favorise sa détente mentale et physique et permet d'amplifier la réceptivité aux suggestions thérapeutiques formulées par le praticien durant la séance. Elle peut être combinée avec le VAKOG, centré sur les sens afin de consolider cet état dissociatif.

Il est important d'intégrer l'environnement du patient, tels que les bruits et les mouvements inattendus, afin de mêler les événements réels et imaginaires et ainsi de renforcer le réalisme de la situation.

#### **Exemple – type**

« À mesure que vous êtes installé dans cette pièce, là avec moi... je vous propose de vous imaginer sur votre vélo... de sentir le contact avec la selle... les pédales... de respirer l'air qui vous entoure à plein poumons... et peut-être de percevoir certaines odeurs caractéristiques... de sentir la température ambiante sur votre

visage... sur vos avant-bras... peut-être chaud ou froid... tranquillement... calmement... tout en écoutant le son des roues sur le sol... très bien... toujours à votre rythme... d'observer l'environnement qui défile sous vos yeux en fonction de la vitesse avec laquelle vous pédalez... et plus vous accélérez, plus vous vous éloignez des sensations actuelles... comme si cette accélération pouvait jouer sur votre niveau de confort et de détachement... laissez venir ces sensations agréables et confortables... je vous invite à vous reconnecter à l'essentiel de cette expérience... comme si vous étiez réellement en train de faire du vélo... avec le même plaisir... le même détachement... un peu ici et un peu ailleurs à la fois et votre esprit fait très bien les deux choses en même temps... lorsque vous aurez atteint la vitesse idéale, je propose de me le signaler en bougeant l'un de vos doigts... très bien... vous pouvez sentir des sensations sur votre corps... ces sensations qui peuvent s'apparenter à un effort soutenu... le frottement de la tenue de cycliste sur votre peau ou à tout autre chose qui vous vient à l'esprit... Utilisez votre respiration pour contrôler l'effort et peut-être freiner dans certaines descentes lorsque cela devient nécessaire... laissez votre esprit faire ce qu'il sait le mieux faire dans ces circonstances » (23).

#### **4.5. Eléments distinctifs du patient sous hypnose**

##### **4.5.1. Les signes de la transe**

L'expérience hypnotique est essentiellement subjective, même si elle peut être observée à travers différents indicateurs. Les signes de la transe dépendent de son intensité et du patient.

En général, on peut noter une diminution du tonus musculaire accompagnée d'une détente des traits du visage, des battements de paupières et des mouvements oculaires lents, ainsi qu'un ralentissement de la respiration, du pouls et une baisse de la pression artérielle. Le patient adopte une posture de repos, et progressivement, ses yeux se ferment, réagissant peu ou plus du tout aux stimulations extérieures.

En observant attentivement les signes de transe chez son patient, le praticien est en mesure de le guider efficacement à travers cet état, facilitant la transmission des suggestions thérapeutiques (9).

#### **4.5.2. La profondeur de transe**

Il est couramment admis de nos jours qu'il existe trois niveaux de profondeur de transe hypnotique, la transe légère, la transe moyenne et la transe profonde exposés dans l'échelle de Davis et Husband (annexe 15).

La notion de profondeur de transe est étroitement liée à celle de la suggestibilité. La mesure de la profondeur de la transe, tout comme celle de la suggestibilité a pour intérêt d'établir des critères pouvant être généralisés à tous pour témoigner de la réalité du phénomène hypnotique. L'évaluation de la suggestibilité revêt un intérêt purement expérimental et l'exploration de la profondeur de la transe démontre peu de pertinence en contexte clinique, surtout en situation d'urgence, où il n'est pas nécessaire d'atteindre une transe très profonde pour tirer profit des bienfaits de l'hypnose. Bien au contraire, une transe légère à moyenne peut s'avérer amplement suffisante pour induire un changement perceptif thérapeutique (52).

#### **4.5.3. L'évolution des outils de mesure**

Le concept d'hypnose a connu une évolution au fil du temps, donnant lieu à l'émergence de diverses échelles de mesure. Le niveau d'hypnotisabilité varie d'un individu à l'autre, soulignant la diversité des réactions face à l'induction hypnotique.

Dans son écrit « Hypnotisme, suggestion, psychothérapie », Bernheim présente l'échelle de Liébeault (1903) (annexe 14), l'une des premières échelles permettant de mesurer l'hypnotisabilité et la profondeur de transe. L'échelle présente 6 paliers, variant de la somnolence au sommeil somnambulique profond, identifiés en fonction des réponses et des réactions du sujet.

Par la suite, Davis et Husband (1931) présentent une échelle (annexe 15) décrivant cinq niveaux d'hypnose, allant de l'état réfractaire, correspondant à l'absence de signes clinique de transe, jusqu'à la transe profonde (52).

Au début des années 1960, des outils standardisés ont été mis au point pour évaluer la profondeur de la transe hypnotique. Les plus utilisés et les plus fiables aujourd'hui sont (9) : l'échelle individuelle de suggestibilité hypnotique de Stanford, forme C, conçue par Weitzenhoffer et Hilgard et l'échelle collective de Harvard, forme A, développée par Shor et Orne. Ces deux échelles utilisent une liste de suggestions hypnotiques standardisées pour mesurer le niveau de susceptibilité à l'hypnose.

Les outils développés à Stanford constituent des références dans la recherche sur l'hypnose puisqu'ils permettent d'étudier plus rigoureusement le processus et d'en améliorer sa compréhension.

#### **4.5.4. Les phénomènes hypnotiques**

Ils peuvent survenir de manière spontanée ou en réponse à des suggestions induites pendant la transe (52).

**Les distorsions sensorielles** : L'hypnose peut provoquer des altérations dans la perception des cinq sens et ainsi induire un flou dans les sensations ou créer des hallucinations sensorielles telles que l'apparition d'images semblables à la réalité, des sons, des variations de températures ressenties, ou encore la sensation qu'un membre bouge alors qu'il reste immobile.

**La catalepsie** : Il s'agit d'un phénomène physique résultant de l'équilibre entre des groupes musculaires ayant des fonctions opposées. Pour illustrer : si le thérapeute soulève un bras, celui-ci peut demeurer suspendu en l'air de manière autonome.

**La lévitation** : Elle offre au thérapeute une indication de l'entrée de son patient dans l'état de transe hypnotique. Il est possible de suggérer qu'à mesure où le bras s'élève en l'air, l'esprit synthétise des ressources fondamentales propices à la résolution du problème. L'idée est d'associer un phénomène moteur hypnotique avec une activité thérapeutique, dont l'exécution réussie du mouvement atteste de la réponse positive à la suggestion.

**La dissociation** : Elle représente à la fois une phase du processus hypnotique et un phénomène résultant de l'hypnose. Les patients rapportent fréquemment en fin de séance une sensation subjective d'être simultanément présents ici et ailleurs.

**La désorientation** : Pendant l'hypnose, la perception du temps est modifiée, dans ce cas-là, la désorientation est dite temporelle. Elle est dite spatiale lorsque le patient perd la capacité de localiser la position exacte d'une partie de son corps.

La désorientation pourrait être associée à une diminution du flux sanguin cérébral dans les zones du cerveau responsables des sensations corporelles (le cortex somesthésique).

**La régression en âge** : Elle implique un voyage temporel destiné à explorer le passé. Le patient est invité à renouer avec son enfance ou une version antérieure de lui-même afin de redécouvrir des rêves, des idéaux ou encore des ressources qui lui manquent dans sa vie actuelle.

**La progression en âge :** À l'inverse de la régression en âge, elle vise à susciter la perception d'un événement futur, donnant au patient la possibilité d'établir un contact avec une version plus mature de lui-même et d'en écouter les conseils prodigués.

**L'amnésie :** Elle désigne l'oubli d'expériences vécues, de pensées, d'obsessions ou de souvenirs. On différencie l'amnésie spontanée qui se manifeste au cours d'une hypnose profonde, d'une amnésie provoquée, utilisée à des fins thérapeutiques.

#### 4.6. L'hypnose en situation d'urgence

Dans l'urgence, la clarté, la précision et l'authenticité sont privilégiées afin que l'hypnotisé ressente la présence du praticien et sa maîtrise de la situation. La personne est guidée par des « instructions », écartant toute insinuation de doute.

<b>On évite</b>	<b>On préfère</b>
- « Pouvez-vous choisir un point devant vous ? » : cette phrase ne veut strictement rien dire. Un point destiné à quoi ? « Pouvez-vous » présuppose-t-il qu'il pourrait « ne pas » ? Nous ne sommes pas dans un cadre de politesse sociale. « Placez votre main sur la mienne ». Cela est très vague ; la placer comment ? De quelle main parle-t-on ? Cela risque de demander des corrections inutiles pour que la personne fasse vraiment ce que l'on demande. Ce qui pourrait jouer sur son sentiment de compétence.	- « Regardez ce point noir (montrez un point sur le plafond du véhicule) et maintenez toute votre attention fixée dessus. »  « Placez votre paume de main (en touchant la main gauche de la personne) ici, sur la mienne » (en montrant votre main, paume en haut dans l'axe de vision du client). Si on la place, l'engagement est différent, moins actif mais parfois, ce sera nécessaire.
« Soyez curieux de la manière dont vous inspirez avant de laisser les yeux se fermer en soufflant » : complexe et sans demande directe d'action ou d'observation.	« Prenez une grande inspiration (le praticien prend une grande inspiration en passant la main devant le menton de la personne jusqu'au front) et laissez vos yeux se fermer (en repassant la main devant les yeux depuis le front jusqu'au menton). » Il ne s'agit pas d'être autoritaire mais de faire preuve de clarté et de précision pour que l'hypnotisé sache exactement ce qu'il a à faire et que le praticien puisse vérifier que la personne suit.
- « Vous pouvez peut-être choisir de regarder un point devant vous ou de vous concentrer sur une image intérieure » ; les termes « peut-être », « vous pouvez », « ou » ne créent que du doute vraiment inutile. Et si la personne choisit l'image intérieure, le fait qu'elle reste focalisée sur l'image ne sera pas vérifiable par le praticien.	« Regardez très attentivement la pointe de ce stylo et suivez-la du regard. »

Figure 7 : Les tournures de phrases privilégiées en situation d'urgence (7)

Au sein du Samu-Centre 15, il est possible d'optimiser la régulation médicale par le biais d'outils simples. Premièrement, une communication positive dépourvue de termes néfastes se révèle être cruciale. Elle peut être associée de saupoudrage, empreint de suggestions à connotations positives, telles que « plus confortable » au lieu de « moins douloureux » ; « réussir » plutôt que « d'essayer ».

De plus, la gratification envers l'appelant, surtout lorsqu'il met en œuvre des gestes de secourisme, ainsi que le *pacing*, caractérisé par une adaptation au rythme du patient contribuent à cette amélioration. Il est essentiel de faire preuve de directivité tout en conservant sa bienveillance.

#### **4.7. Les contre-indications et les limites de l'hypnose**

Avant toute induction d'un état hypnotique, il est primordial d'obtenir le consentement du patient. En effet, cet état ne peut pas être obtenu par la contrainte et il est nécessaire qu'une relation de confiance soit établie entre le soignant et le patient.

Une des contre-indications de cette pratique est reliée au praticien, car celui-ci doit exercer dans son domaine de compétences et ne peut pas s'aventurer dans des situations qu'il ne maîtrise pas.

D'autre part, certaines pathologies peuvent contre-indiquer l'utilisation de l'hypnose. C'est le cas chez les patients souffrants de troubles psychotiques tels que la schizophrénie, les troubles de la personnalité ou encore la paranoïa, qui sont des pathologies dites « dissociatives ». En effet, l'état dissociatif induit par la transe hypnotique modifie lui aussi la perception de la réalité et pourrait donc aggraver ces troubles s'ils s'avéraient être mal équilibrés.

Une contre-indication importante est la dépression grave. L'hypnothérapie constitue une stratégie thérapeutique intéressante, cependant, il est crucial de s'assurer que le professionnel de santé qui prend en charge le patient soit informé de son historique et de son vécu.

Bien que l'hypnose soit un outil thérapeutique présentant de nombreux avantages, quelques limites dans sa pratique sont à souligner. Certaines situations peuvent compliquer l'échange patient – soignant et donc réduire l'efficacité de la prise en charge. Nous pouvons citer la surdité, les troubles de la compréhension et de l'attention, mais aussi les démences, telle que l'Alzheimer, chez les patients dont les capacités cognitives sont restreintes. De même, les enfants en bas âge ne sont pas concernés par cette pratique (25).

### **5. La communication thérapeutique comme élément indispensable pour fonder une alliance thérapeutique**

#### **5.1. La communication**

D'après le Larousse, la communication est définie comme l'« action, fait de communiquer, de transmettre quelque chose » (44).

 mergeant d'un échange entre deux personnes ou plus, la communication forme le socle essentiel de toute relation, qu'elle soit privée, amicale ou professionnelle, jouant un rôle crucial dans l'établissement de relations solides et saines.

Le psychologue américain Carl Rogers met en avant trois éléments essentiels à la communication. Tout d'abord, il souligne l'importance de l'empathie, qui implique la capacité d'observer et de comprendre les sentiments et les émotions de l'autre sans les ressentir soi – même. Ensuite, il identifie la congruence et l'authenticité du thérapeute qui se reflètent à travers les différents langages utilisés. Enfin, il met l'accent sur la considération positive du soignant envers le patient (36).

## **5.2. La communication thérapeutique**

Elle vise avant tout à établir une relation de confiance entre le praticien et son patient afin de construire une alliance thérapeutique solide. Elle peut se mettre en place rapidement, au cours d'une conversation qui semble banale. À ce moment – là, le patient ne s'attend pas à ce que quelque chose de thérapeutique se passe, ce qui contribue à diminuer sa méfiance et sa conscience critique.

Il est important pour le praticien de nommer les symptômes observés, qu'il s'agisse de peur, de tristesse, d'anxiété, ou encore de douleur car il indique au patient qu'il a vu, entendu et compris ce qu'il ressent. Ainsi, la confiance s'instaure plus facilement. En outre, ignorer ou nier les symptômes d'un patient peut avoir tendance à les intensifier (41).

## **5.3. L'alliance thérapeutique**

La construction de l'alliance thérapeutique est basée sur la confiance et le respect mutuel. Ce lien fort, créé entre le praticien et son patient est un élément fondamental pour que celui – ci se sente en sécurité et écouté. Le sentiment de confiance et de sécurité est indispensable pour permettre un échange d'informations confidentielles, d'émotions, de sensations.

Il s'agit d'une collaboration entre ces deux parties, puisqu'ils définissent ensemble les objectifs thérapeutiques à atteindre. Ils doivent tous deux montrer leur implication mutuelle. La motivation du patient est alors renforcée lorsqu'il sent son thérapeute investi dans sa prise en charge. Il est indispensable que le professionnel de santé centre sa démarche sur le patient.

Le concept d'écoute active, développé par Carl Rogers est un pilier fondamental pour renforcer cette alliance thérapeutique. Son objectif est de créer un environnement propice à l'expression du patient, permettant ainsi l'émergence et

l'expression optimale de ses ressentis et ses interrogations en lien avec la situation rencontrée.

Bienveillance, non jugement, empathie et compréhension de la part du soignant sont nécessaires pour que le patient se sente soutenu, compris et aidé (26) (30) (31).

#### 5.4. Les différentes sortes de langages

On distingue trois types de langages : le verbal, le non verbal et le paraverbal, communément nommés « les 3 V ». Chaque élément de communication passe simultanément par ces trois canaux (26).

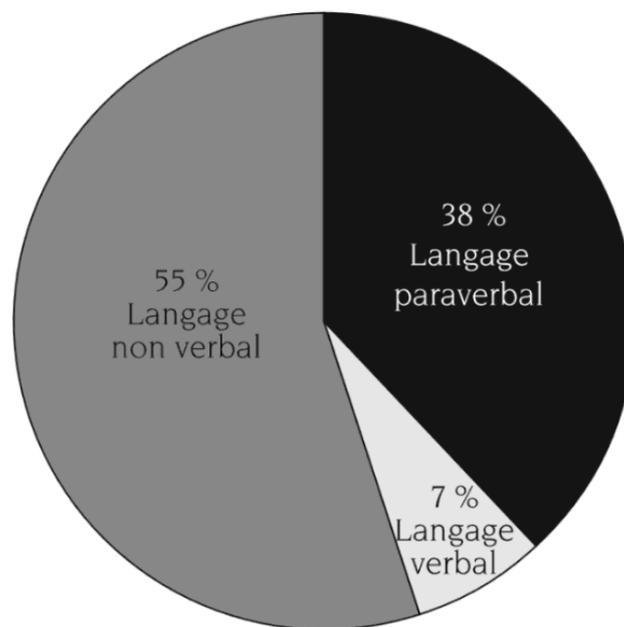


Figure 8 : La roue de la communication (36)

La roue de la communication, présentée dans le livre de Bernard et Musellec, illustre la part qu'occupe chacun de ces langages.

Il convient de souligner que ces proportions peuvent changer en fonction du contenu de l'échange et du contexte émotionnel (36).

##### 5.4.1. Le langage non verbal (26) (36)

Ce langage est prédominant puisqu'il représente 55 % de la communication. Il est présent dans notre quotidien et correspond aux gestes, aux expressions faciales, aux mouvements du corps, à la posture, aux mimiques, aux *strokes* (mouvements automatiques de la tête et du visage), etc.

« Ce langage de s'écoute pas, il s'observe » (22).

Il s'exprime de manière inconsciente et involontaire rendant difficile son contrôle lors d'un échange, car même silencieux ou immobile, notre corps continue d'émettre des messages. Il convient de souligner que lorsque le langage verbal devient technique et complexe pour le patient, le langage non verbal du soignant prend une place importante.

Les professionnels de santé, ont pour la plupart, développé un langage non verbal riche et rassurant et sont capables de créer un environnement de confiance apaisant. Cependant, ces compétences ont des limites, surtout lorsque les soignants sont fatigués, distraits ou que les situations sont difficiles. Ainsi, leur corps peut manifester un état perturbé, émettant des signaux d'agacement, de colère, de désintérêt, etc.

Ce langage joue aussi un rôle de « méta – communication », cela signifie qu'il apporte des précisions sur la manière donc le message doit être interprété. Il met en perspective le langage verbal et paraverbal et les intensifie. Il peut ainsi trahir des paroles non sincères, mais aussi atténuer ou invalider un message inquiétant.

#### **5.4.2. Le langage paraverbal (22) (26)**

Dans la roue de la communication, ce langage occupe une part importante puisqu'il représente 38 %. Il est caractérisé par le timbre de la voix, le rythme, le volume, l'intonation, la vitesse de parole, les pauses et les silences.

À savoir, le rythme revêt une grande importance. Il est préférable de le ralentir car un discours trop rapide peut rendre le message difficile à comprendre pour le patient. En adaptant le rythme, le soignant maîtrise mieux son langage et le choix des mots utilisés. De plus, un timbre de voix plus grave est généralement rassurant et réconfortant, transmettant ainsi plus d'émotions qu'une voix qui vient de la tête.

Les variations du langage paraverbal sont le reflet de la diversité des émotions liées au discours du patient. Comme illustration, un discours précipité et saccadé peut être le signe d'anxiété, tandis qu'un discours enjoué et rythmé peut refléter la joie. Ces éléments peuvent avoir un impact notable sur la signification d'un message, même si les mots utilisés demeurent inchangés.

Dans son livre, Philippe Aïm explique qu'il est important de laisser un temps de silence au patient, qui lui permet de développer ses ressources et de s'investir de manière autonome dans le processus hypnotique (7).

### **5.4.3. Le langage verbal (22) (26)**

Ce langage représente une part minoritaire dans la roue de la communication, se limitant seulement à 7 %. Il correspond aux mots et aux expressions.

Il présente différents « registres » : familier, courant, soutenu, pouvant être des indicateurs utiles pour évaluer le niveau socio – éducatif et développemental d'un patient. Cela permet aussi au soignant d'adapter son vocabulaire en réutilisant celui du patient et en le reformulant.

Lorsqu'il est utilisé correctement, il peut transmettre beaucoup de bien-être, de confort et de sécurité. Certains mots ont un aspect rassurant tels que calme, confortable, confiance, doux, voyage, détente, soleil, etc. En revanche, une mauvaise utilisation de ce langage peut engendrer des doutes, des peurs et même des douleurs. Certains mots ont un effet négatif, suscitant l'inconfort, la tension et l'insécurité comme : peur, mal, profond, tomber, enfermer, casser, bruit, cri, fatigue, etc.

Pour faciliter l'hypnose, il est conseillé d'utiliser un langage rassurant et positif, tout en le rendant aussi simple que possible, comparable au niveau de langage d'un enfant de 10 à 12 ans.

Il est donc essentiel pour un soignant d'adapter son discours selon le langage et le registre employés par le patient, en tenant compte de son état, afin d'assurer une compréhension et une transmission efficaces du message.

### **5.5. L'observation**

L'observation constitue un élément essentiel de toute communication, impliquant la mobilisation de nos cinq sens. Cela nous permet de percevoir notre environnement, de nous situer dans le temps et l'espace, et d'échanger avec autrui.

Le soignant doit être attentif au patient, à son état psychique, ainsi qu'au langage utilisé qu'il soit verbal, para verbal ou non verbal.

La Règle des « trois O » « observe, observe, observe » énoncée par Milton Erickson souligne l'importance de l'observation comme l'un des fondements de l'alliance thérapeutique (36).

## 5.6. L'ajustement au patient

Comme évoqué dans la partie 5.5. dédiée à l'observation, il est indispensable pour le praticien d'accorder une attention particulière à son patient. En utilisant des stratégies d'ajustement fondées sur l'observation du verbal, du non verbal et du para verbal, le thérapeute peut moduler son approche pour inciter le patient à mobiliser ses ressources et favoriser l'établissement d'une alliance thérapeutique. Cet ajustement doit tenir compte du langage du patient, de son comportement, de sa posture, de sa respiration, de ses mouvements. Également, l'ajustement au style sensoriel à travers le modèle VAKOG revêt une importance cruciale, particulièrement pour faciliter l'induction en transe (51).

Parmi ces stratégies d'ajustement, nous pouvons citer le *pacing* et *leading* qui correspondent à un enchaînement de suggestions, utilisant des conjonctions de coordination « et, ou, mais, etc. » ou une implication causale « tandis que, pendant que, etc. ». Pour cela, le praticien observe et reproduit de manière subtile la gestuelle, le comportement et le langage du patient.

L'objectif est d'établir un lien entre ce que fait ou ressent le patient et ce qu'il pourrait faire ou ressentir.

### Exemple type

« ...et vous avez pris le temps de vous installer confortablement dans ce fauteuil pendant que je continue à vous parler... tandis que vous observez de la tête au pied comment votre corps se pose tranquillement... et vous vous installez maintenant dans la position où quelque chose peut changer... » (51).

Le thérapeute peut aussi opter pour le *mirroring* respiratoire, appelé aussi *pacing* respiratoire, afin de synchroniser sa respiration avec celle du patient. Cette approche s'avère bénéfique, notamment chez les sujets stressés présentant un rythme respiratoire élevé, les incitant à le ralentir progressivement (26).

## **PARTIE 2 – L'URGENCE**

### **1. Contextualiser l'urgence – définitions**

Selon le dictionnaire médical de l'académie de médecine (2), l'urgence dans le domaine médical est « la situation d'un patient à soigner sans délai ».

On peut d'écrire plusieurs types d'urgence :

- l'urgence absolue dans laquelle le pronostic vital du patient est engagé
- l'urgence extrême dont l'état du patient peut évoluer très vite vers une urgence absolue
- l'urgence relative dont l'état du patient peut attendre
- l'urgence potentielle qui nécessite une surveillance attentive de l'état du patient

D'après l'article L.6311-1 du CSP, « l'aide médicale urgente a pour objet, le cas échéant avec le concours des services d'incendie et de secours dans le cadre de leur opérations de secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état » (8).

### **2. Les acteurs de la médecine d'urgence**

Pour gérer cette urgence, de nombreux acteurs doivent coopérer et travailler de manière structurée et organisée pour répondre de manière optimale aux besoins et assurer une prise en charge rapide et efficace.

Les différents acteurs concernés sont :

- le Service d'Aide Médicale Urgente / Centre 15
- les Services mobiles d'Urgence et de Réanimation
- les Services Départementaux d'Incendie et de Secours
- les transporteurs sanitaires privés
- les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés
- les associations de secourisme
- les unités spécialisées de secours de haute montagne, telles que le Peloton de Gendarmerie de Haute-Montagne (PGHM) ou en mer telles que la Société Nationale de Sauvetage en Mer (SNSM)
- les médecins généralistes / SOS médecins
- les infirmiers libéraux
- les pharmaciens d'officine

Dans le rapport « Évaluation de l'application du référentiel d'organisation du secours à la personne et de l'aide médicale urgente » (6), il est mentionné que les SAMU - SMUR et les sapeurs-pompiers sont les deux services publics qui assurent la réponse aux besoins de secours et de soins urgents en premier abord. Il est donc important de refaire un point sur ces deux services.

En France, ce sont les Agences Régionales de Santé qui ont pour mission d'organiser le système de soin par région, notamment l'implantation territoriale des SAMU et SMUR (6).

## **2.1. Le SAMU**

Le SAMU, apparu à la fin des années 1960 dans le but de coordonner l'activité SMUR, est un service hospitalier regroupant un Centre de Réception et de Régulation des Appels (Centre 15 en référence à leur numéro d'appel d'urgence) (6). Il est constitué de médecins urgentistes et libéraux qui veillent 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 afin d'assurer une écoute médicale permanente.

En 2019, en France Métropolitaine et dans les Départements et Régions d'outre – mer (incluant Saint Martin et Saint Barthélemy) on dénombrait une centaine de SAMU (habituellement un par département) et 387 SMUR sur l'ensemble du territoire (38).

Le SAMU – Centre 15 travaille en étroite collaboration avec d'autres acteurs pour fournir une réponse médicale adaptée. Il peut faire appel aux SMUR, aux SDIS, aux entreprises de transports sanitaires privées, ainsi qu'aux médecins et paramédicaux libéraux pour répondre de manière optimale aux besoins (5).

Numéro	Fonction	Remarques
15	Numéro d'appel du SAMU	
112	Numéro général d'appel d'urgence européen	Attribué, en fonction des départements, soit au service d'incendie et de secours, soit au SAMU
116 117 ou Numéro à 10 chiffres	Permanence des soins ambulatoires	116 117 dans certaines régions uniquement Numéro à 10 chiffres variable en fonction de la région
Numéro à 10 chiffres	Centre antipoison et de toxicovigilance	Numéro variable en fonction de la région Reçu par un professionnel spécifique quand pris en charge au SAMU
115	SAMU Social	Reçu par un professionnel spécifique quand pris en charge au SAMU
Numéro à 10 chiffres	Téléassistance aux personnes âgées	Numéro variable en fonction de la région Reçu par un professionnel spécifique quand pris en charge au SAMU
Numéros à 10 chiffres	Numéros d'appel du SAMU	Des numéros d'appel spécifiques sont mis à disposition pour fournir un accès direct au SAMU. Des lignes sont ainsi dédiées au centre de traitement des appels des pompiers, aux services médicaux de garde, aux autres SAMU, au Centre national relais 114 (sourds et malentendants), à la préfecture...

Figure 9 : Numéros d'appel pris en charge par le SAMU (selon organisations locales)  
(53)

### 2.1.1. Les missions du SAMU

Dans le recueil de la HAS « Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale » (37), la régulation médicale du SAMU « assure une écoute et une réponse permanente dans un centre d'appels dédiés aux urgences médicales et / ou aux demandes de soins non programmées. Elle a pour but de déterminer et de déclencher dans les meilleurs délais la réponse médicale adaptée à chaque situation ».

En effet, l'assistant de régulation médicale recueille les informations liées à la situation, telles que le motif de l'appel, le contexte, les symptômes décrits, les antécédents médicaux ou encore les demandes et attentes du patient. À partir de ces informations, le médecin régulateur prend la décision qui lui semble la plus appropriée et met en œuvre les moyens nécessaires. C'est sa responsabilité qui est engagée.

Les actions possibles sont les suivantes :

- fournir un conseil médical sans déployer de moyen supplémentaire si la situation ne nécessite pas de consultation médicale d'urgence
- ajuster une prescription préalable ou établir une prescription médicamenteuse par téléphone dont les modalités sont précises et nécessitent de recueillir un maximum d'informations sur le patient. L'ordonnance écrite doit être identifiée comme étant réalisée par téléphone (annexe 13). Elle est ensuite transmise à une pharmacie déterminée avec le patient par courriel sécurisé (40).
- orienter le patient vers une consultation médicale si celui – ci n'est pas en détresse vitale et qu'il est en mesure de se déplacer
- envoyer un médecin sur place si le patient n'est pas en détresse vitale et qu'il ne peut pas se déplacer
- faire appel à un transport sanitaire en ambulance si l'état du patient requiert un transport allongé et / ou sous surveillance vers un établissement de santé
- solliciter l'intervention des SP ou des secouristes si le patient nécessite une prise en charge immédiate dans le cadre d'une détresse vitale suspectée ou avérée ou que celui – ci requiert des gestes de secourisme en urgence
- avoir recours au SMUR lors d'urgence vitale avérée ou suspectée, ou pour toute situation relevant des missions de santé publique des équipes du SMUR

De plus, un suivi médical et opérationnel du déroulement des interventions est assuré. À l'issue du bilan réalisé par l'équipe du SMUR ou des pompiers, il conviendra de choisir l'établissement le plus adapté pour assurer la suite de la prise en charge du patient.

Il convient de souligner qu'en cas d'appels simultanés au CRRA, la hiérarchisation de la prise en charge des patients s'effectue selon le niveau de gravité médicale (37).

Les missions du SAMU sont également décrites dans les articles R6311 – 1 et R6311 – 2 du CSP (Annexe 11).

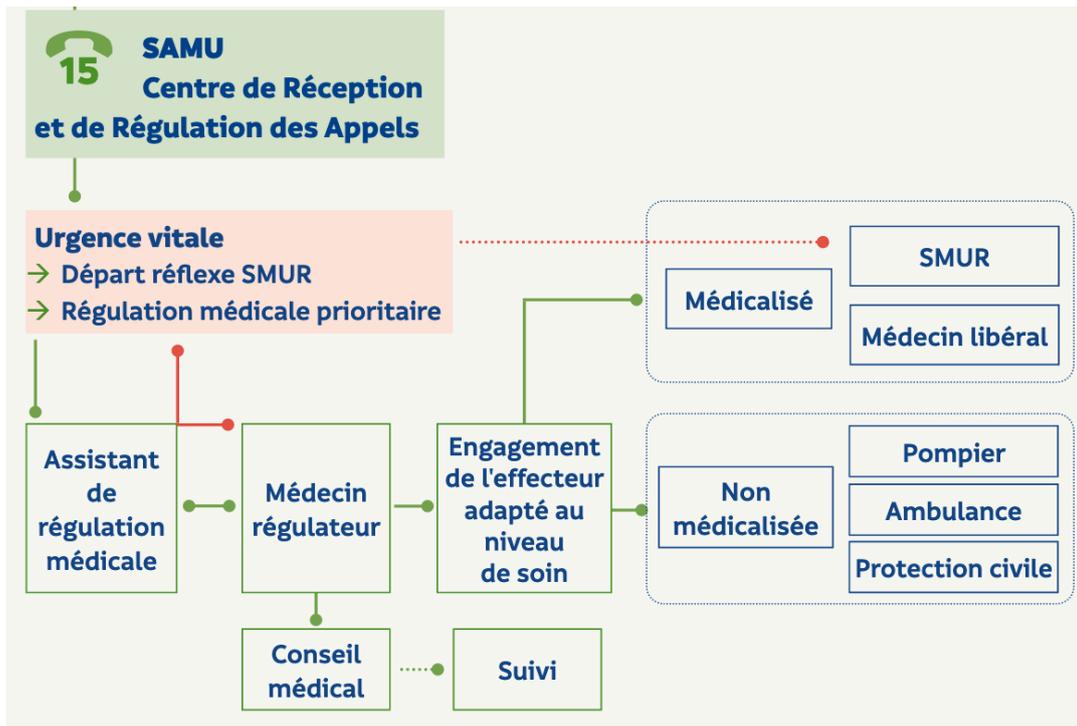


Figure 10 : La sécurisation de la régulation médicale des appels et l'orientation du patient de manière adaptée par l'équipe du SAMU (54)

Pour tout appel, chaque décision doit être validée par le médecin régulateur et un effecteur est ensuite engagé en fonction du besoin. Cette prise en charge peut être médicalisée, impliquant une équipe d'un SMUR ou un médecin libéral (médecin traitant, médecin de garde ou SOS médecin), ou non médicalisée, avec l'intervention des sapeurs - pompiers, d'une ambulance privée, ou de la protection civile.

En situation d'urgence vitale, une équipe de SMUR est déclenchée de manière réflexe par l'assistant de régulation médicale. Le médecin régulateur est informé immédiatement et une régulation médicale prioritaire est mise en place. Il est essentiel que le médecin régulateur prenne en charge l'appel dans les 20 secondes (54).

### 2.1.2. Le SMUR

L'équipe d'intervention d'un SMUR est constituée d'un médecin urgentiste, d'un infirmier et d'un conducteur ambulancier. Quant à l'unité mobile hospitalière, elle est équipée d'un matériel de réanimation complet.

Ce service hospitalier est mobilisé uniquement sur demande et après régulation du SAMU. Son rôle est d'apporter une réponse médicale spécialisée afin d'assurer une

prise en charge pré – hospitalière rapide, un diagnostic et un traitement aux patients en situation d'urgence médicale. Si nécessaire, le SMUR assure également le transport médicalisé des patients vers les établissements de santé appropriés (5) (34).

### **2.1.3. Point sur le SAMU en Isère**

Le SAMU, rattaché au CHU de Grenoble est composé de plusieurs équipes de SMUR réparties entre Grenoble, Bourgoin-Jallieu, Voiron et Vienne. On retrouve également une équipe du SMUR de Grenoble qui assure une permanence toute l'année au sein de la base hélicoptérée de la Sécurité Civile au Versoud.

On dénombre 440.000 appels par an, soit entre 1.000 et 1.500 appels par jour. Environ 70% de ces appels se rapportent à de la médecine générale.

En une année, on recense près de 10.000 interventions médicalisées, ce qui équivaut à une trentaine par jour.

Les interventions médicales hélicoptérées concernent un peu plus de 10% de l'activité du SMUR Grenoblois.

Etant donné l'étroite collaboration avec les autres acteurs de la médecine d'urgence, une soixantaine d'ambulances privées et environ 184 VSAV peuvent être sollicités par le SAMU en une journée (34).

## **2.2. Les SDIS**

Les SDIS sont des établissements publics départementaux. Chaque SDIS est géré par un officier supérieur des SP et est soumis à une double autorité. Celle du préfet, pour ce qui relève de l'opérationnel et celle du président de son conseil d'administration (composé de conseillers départementaux, des élus de la commune, etc.) pour la gestion administrative.

Ils ont pour fonction d'analyser les risques et de mettre en œuvre les moyens de secours. Chaque SDIS organise l'activité de tous les centres de secours du département auquel il appartient. Ils disposent tous d'un centre opérationnel, le CODIS et d'un centre de traitement de l'alerte, le CTA.

Le CTA réceptionne en permanence les appels d'urgence via le 18 ou le 112 et transfère immédiatement les demandes de secours au centre de secours le plus proche.

Le CODIS, quant à lui, coordonne l'activité opérationnelle en gérant les besoins humains et matériels en fonction du problème rencontré.

Chaque commune de France est protégée par un centre de secours (situé dans la commune ou non), avec des pompiers professionnels ou volontaires qui assurent les secours 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Les SPV sont des citoyens âgés de 16 à 60 ans qui concilient leur engagement en tant que SP avec leur activité professionnelle principale, contrairement aux SPP qui exercent ce métier à temps plein (4).

### **2.2.1. Le Service de Santé et de Secours Médical**

Le SSSM est un des services fonctionnels du SDIS. Il est dirigé par un médecin – chef et est composé de médecins, d'infirmiers, de pharmaciens et de vétérinaires volontaires ou professionnels. Dans certains SSSM, on retrouve aussi des sophrologues, des psychologues et des kinésithérapeutes qui sont qualifiés d'experts.

Les missions des professionnels de santé du SSSM englobent :

- le secours d'urgence aux personnes : apporter un renfort médical, participer aux plans de secours, dispenser des soins d'urgence, etc.
- la santé au travail : évaluer l'aptitude médicale des SP, mener des actions de prévention, participer aux formations des SP, etc.
- la participation aux interventions : fournir des soins aux SP blessés, assister les équipes de secours
- la gestion de la logistique santé : surveiller l'état, la disponibilité du matériel de secourisme (4) (32).

Ces missions sont clairement définies par le Code Général des collectivités territoriales dans l'article R1424 - 24 (annexe 12) (33).

#### **Le pharmacien sapeur- pompier**

Il est responsable de la gestion des médicaments (oxygène, médicaments des infirmiers et des médecins) et des dispositifs médicaux stériles.

Il s'assure de leur état de fonctionnement ainsi que de leur disponibilité pour fournir les centres de secours. Cette mission lui est exclusivement réservée (32).

### 2.2.2. Les missions des sapeurs-pompiers

Elles sont diverses et variées, et nous pouvons les répartir en quatre grandes catégories :

- le secours d'urgence aux personnes : accidents, malaises, relevage, etc.
- les incendies : feux d'habitations, feux de véhicules, feux de végétations, etc.
- les risques technologiques : fuites, odeur de gaz, pollutions, etc.
- les opérations diverses : inondations, ouvertures de portes, hyménoptères, etc. (39).

Les missions de prévention, de protection et de lutte contre les incendies font partie des compétences exclusives des pompiers.

Pour mener à bien leurs missions, ils collaborent avec les différents acteurs cités dans la partie II.2 (16).

### 2.2.3. Les chiffres clés de l'année 2021

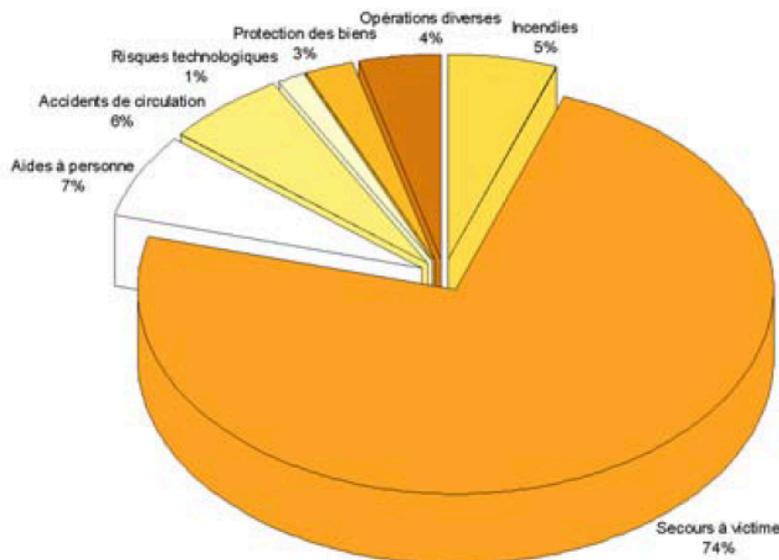


Figure 11 : Répartition des interventions (39)

La France comptabilise 6.093 centres d'incendies et de secours, comprenant la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP), ainsi que le Bataillon des marins-pompiers de Marseille (BMPM). Les SP de ces deux unités ont le statut de militaires. Le nombre de SP français était de 252.700, répartis comme suit : 17% de professionnels, 78% de volontaires et 5% de militaires. De plus, 20% des SP sont des femmes.

Un total de 4.680.900 interventions a été recensé. Bien que l'on puisse penser que la plupart des interventions des SP concernent des incendies, il s'avère que plus des trois-quarts de leurs missions est lié au secours à personnes. Le graphique ci – dessus nous montre la part importante que représente le secours à victimes, soit 74%. Cette activité ne cesse d'évoluer au fil des années (39).

#### 2.2.4. Point sur le SDIS 38

Le département est divisé en deux groupements territoriaux, nord et sud, au sein desquels nous retrouvons 112 casernes réparties en 21 centres de secours (16).

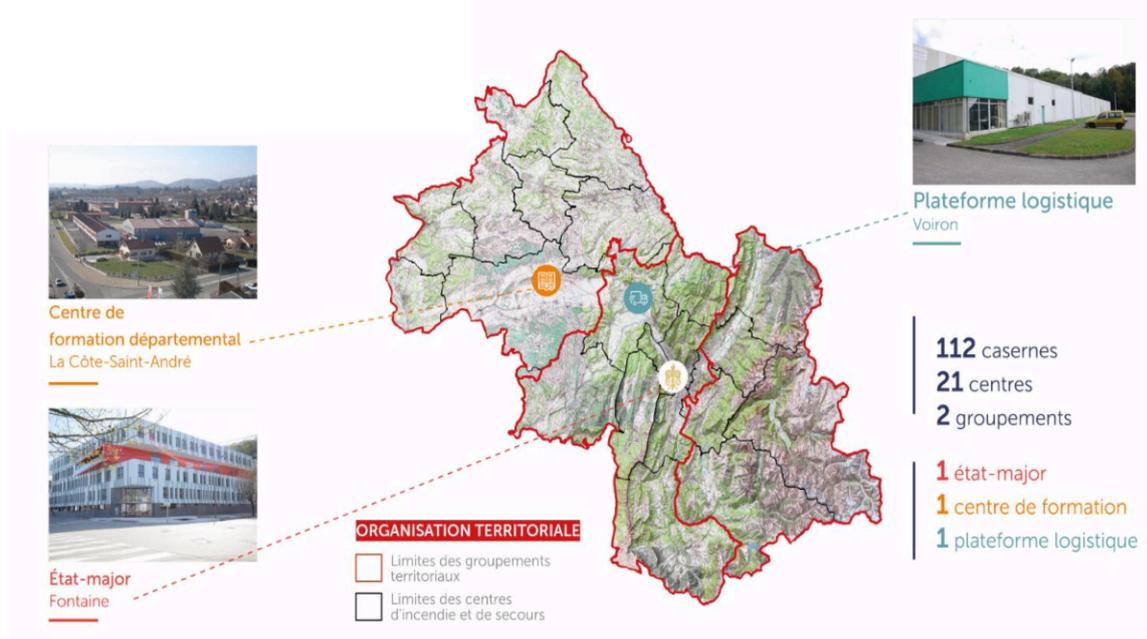


Figure 12 : Organisation territoriale du SDIS 38 (35)

L'état – major, une structure hiérarchique responsable de la direction et de la coordination des opérations des services d'incendie et de secours, est implanté à Fontaine, où se trouvent le CTA-CODIS et le SSSM.

Le centre de formation départemental se situe à la Côte St André et la plateforme logistique (zone de stockage détenant les matériels médicaux secouristes et les autres produits de santé, les fournitures, les EPI des SP et le matériel d'intervention) à Voiron.

Le SDIS 38 compte 5.419 agents, dont 4.330 SPV, 820 SPP et 269 personnels administratifs techniques et spécialisés.



Figure 13 : Les sapeurs-pompiers du GRIMP sur les bulles à Grenoble (16)

L'Isère bénéficie d'équipes spécialisées, prêtes à être mobilisées lors d'interventions exigeant la mise en œuvre de moyens spécifiques ou de compétences particulières. Elles sont regroupées en cinq pôles : feux de forêts, milieux périlleux, recherche et localisation de personnes, risques technologiques et secours nautiques. Les spécialités techniques et logistiques à caractère opérationnel sont également incluses.

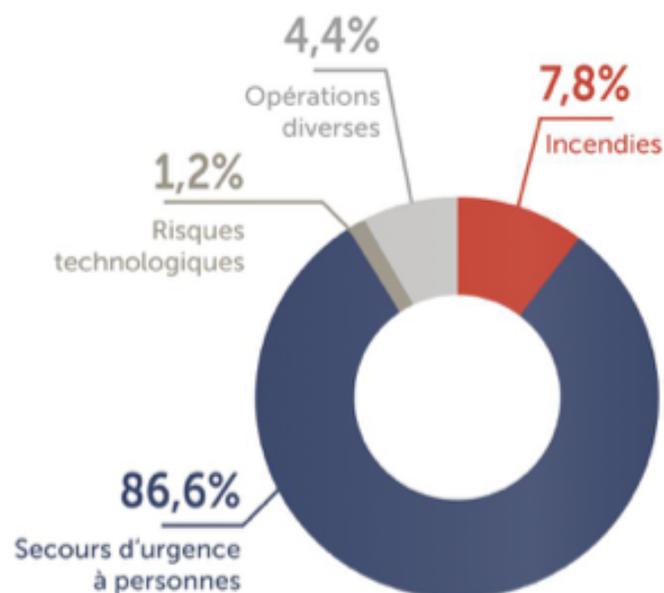


Figure 14 : L'activité opérationnelle du SDIS 38 en 2022 (35)

En 2022, 70.244 victimes ont été prises en charge et on totalise 85.515 interventions. Cela correspond à un départ en interventions toutes les six minutes. Dans cette activité opérationnelle, environ 8% concernent les incendies et plus de 86% le secours à personnes. Les 6 % restants se rapportent aux opérations diverses et aux risques technologiques (35).

### 2.3. Organisation opérationnelle du CTA – CODIS

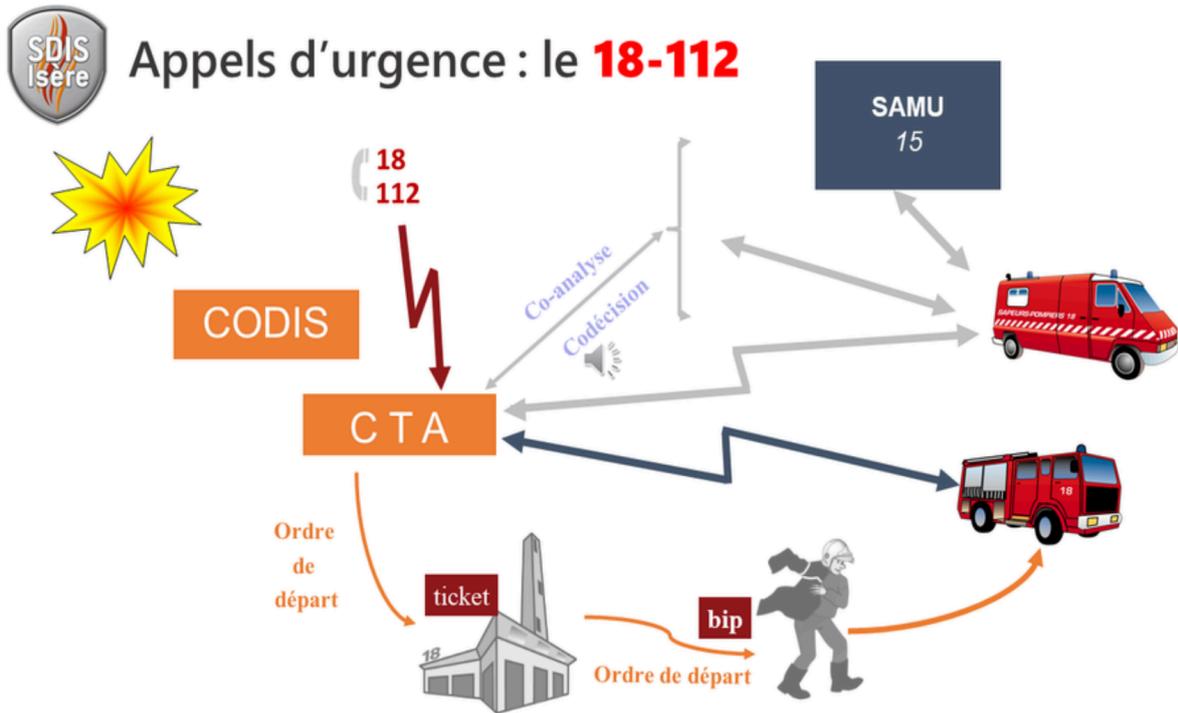


Figure 15 : Organisation opérationnelle du CTA – CODIS (16)

La régulation médicale est assurée par le SAMU et le CTA, interconnectés en raison de leur complémentarité en termes de moyens. Ensemble, ils évaluent la nature de l'intervention, sa localisation ainsi que les besoins humains et matériels. Ils prennent ainsi une décision concertée pour garantir une réponse rapide et adaptée à la situation.

## PARTIE 3 - LA DOULEUR

La douleur aiguë est l'un des motifs de consultation les plus courants aux urgences. Le recours à l'hypnose dans ce contexte a fait l'objet de nombreuses études et son efficacité est reconnue pour atténuer cette perception douloureuse (7).

Par conséquent, il est nécessaire de définir ce qu'est la douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, ainsi que ses différents composants.

### 1. Définitions

Une des définitions les plus retenues et les plus citées est celle de *l'International Association for the Study of Pain* « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable résultant d'une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en de tels termes » (20).

Du latin « dolor » dont l'étymologie signifie « souffrance » la douleur est définie selon le Dictionnaire Larousse comme une « sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps ». Cette douleur peut être aussi un « sentiment pénible, affliction, souffrance morale, chagrin, peine » (27).

La douleur peut évoluer selon deux modes :

- La **douleur aiguë**, d'apparition brutale et de courte durée (moins de trois mois), assure une fonction de « signal d'alarme » dans le but de protéger l'organisme (29).
- La **douleur chronique**, aussi nommée syndrome chronique douloureux, est un « syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :
  - persistance ou récurrence, qui dure au - delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ;
  - réponse insuffisante au traitement ;
  - détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail » (28).

## 2. Les quatre composantes de la douleur (13) (29)

La définition de *l'International Association for the Study of Pain* souligne le fait que plusieurs facteurs peuvent influencer la perception et le ressenti de la douleur. Chaque patient a son propre ressenti et l'expression de la douleur est variable d'un individu à l'autre. Il est donc nécessaire de prendre en compte ces facteurs, au nombre de quatre, qui révèlent le côté pluridimensionnel de la douleur.

La **composante sensori – discriminative** représente l'ensemble des mécanismes neurophysiologiques permettant le « décodage » du message sensoriel. Le patient peut ainsi décrire l'intensité, la localisation, la durée et la qualité de sa douleur.

La **composante affective, émotionnelle** exprime la tonalité désagréable de la douleur. Les émotions et les réactions ressenties et éprouvées par le patient peuvent inclure la peur, l'anxiété, la colère, la tristesse, pouvant aller jusqu'à la dépression.

La **composante cognitive** désigne l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur. L'attention, l'anticipation, la mémorisation, la motivation, les croyances de la douleur jouent un rôle dans la perception de celle-ci.

La **composante comportementale** correspond à l'ensemble des manifestations de la douleur. On retrouve les manifestations physiologiques (sueurs, augmentation de la tension artérielle, accélération du pouls, etc.), verbales (gémissements, plaintes, etc.) et non verbales (grimaces, agitation, mise en position antalgique, etc.).

## 3. Les différents types de douleurs (29)

Les **douleurs nociceptives** ou **douleurs par excès de nociception** sont liées à une stimulation excessive des nocicepteurs périphériques causée par une lésion tissulaire ou par des stimuli thermiques, mécaniques ou chimiques. Ce sont des douleurs fréquentes, le plus souvent aiguës. Elles sont retrouvées dans un grand nombre de situations telles que les douleurs : post – traumatiques, per et post – opératoires, inflammatoires, du cancer ou induites par les gestes et les soins médicaux.

Les **douleurs neuropathiques** sont la cause d'une lésion ou d'une maladie touchant soit le système nerveux périphérique (tronc nerveux, ganglion sensitif, plexus, racine nerveuse) soit le système nerveux central (moelle épinière, cerveau). Il est important de mentionner que ces douleurs peuvent avoir de nombreuses étiologies (infectieuses, toxiques, métaboliques, mécaniques) et ne sont pas forcément liées à des maladies neurologiques. On peut citer : les radiculopathies, les douleurs post –

zostériennes, les neuropathies du diabète, les neuropathies chimio – induites, l'AVC et la sclérose en plaques. Les douleurs ressenties sont décrites comme une brûlure, une décharge électrique, des fourmillements ou encore des engourdissements.

Les **douleurs mixtes** combinent à la fois les douleurs neuropathiques et les douleurs nociceptives. On les retrouve dans les pathologies cancéreuses mais aussi chez les patients atteints de lombosciatiques.

Les **douleurs psychogènes** ont une origine purement psychique. On peut citer les douleurs thoraciques aiguës dans le cas d'attaque de panique ou les douleurs somatiques au cours de la dépression, appelées « dépression masquée ».

Les **douleurs nociplastiques** ou **idiopathiques** sont liées à une altération du fonctionnement de la douleur, sans activation des nocicepteurs ni lésion neurologique. On les retrouve dans les situations suivantes : les céphalées de tension, le syndrome du côlon irritable, les douleurs pelviennes, les coccygodynies, les rachialgies idiopathiques et la fibromyalgie.

Les **douleurs liées aux soins** surviennent dans diverses situations, telles que les soins de brûlures ou de pansements, lors des prélèvements sanguins, de pose de drains, de fibroscopies, etc. Elles peuvent être ressenties lors de mobilisation dans le cas de transfert du patient sur une table d'examen par exemple ou au cours de soins de kinésithérapie.

#### **4. Échelles d'évaluation de la douleur (15) (18)**

La douleur est souvent difficile à décrire, d'autant plus que son ressenti est individuel et dépend de plusieurs facteurs.

Des outils de mesure ont été créés afin d'évaluer la douleur chez l'enfant et l'adulte, permettant ainsi de déterminer le besoin en antalgiques, de s'assurer de l'efficacité du traitement administré mais aussi de surveiller l'évolution de la douleur du patient.

Les échelles d'auto – évaluation sont utilisées par le patient capable de décrire les caractéristiques et l'intensité de sa douleur.

Les échelles d'hétéro - évaluation sont utilisées par les soignants pour évaluer la douleur chez les enfants en bas âge (moins de quatre ans) et chez les adultes ayant des difficultés de communication et d'évaluation.

Les échelles unidimensionnelles prennent en compte l'aspect quantitatif de la douleur afin d'évaluer son intensité. Les échelles multidimensionnelles prennent en compte quant à elles, l'aspect qualitatif et quantitatif de la douleur.

Voici une liste non exhaustive des échelles les plus utilisées, d'après le site de la HAS et de la SFETD.

#### **4.1. Échelles d'auto – évaluation (13) (14)**

**EVA** (annexe 4) : Cette échelle unidimensionnelle est utilisée chez l'enfant à partir de six ans et chez tout patient capable d'exprimer sa douleur. Elle possède deux faces, une pour le soignant et une pour le patient. Celui-ci peut bouger le curseur afin de définir l'intensité de sa douleur allant de « pas mal du tout » à « très très mal » pour les enfants, et de « pas de douleur » à « douleur maximale imaginable » pour les adultes. La douleur doit être prise en charge lorsque le score atteint quatre sur dix.

**EN** (annexe 5) : Cette échelle unidimensionnelle est utilisée chez l'enfant à partir de quatre à six ans et chez l'adulte. Elle permet de noter la douleur de zéro à dix : « zéro : pas de douleur et dix : douleur maximale imaginable ». La douleur doit être prise en charge lorsque le score atteint quatre sur dix pour un adulte et deux sur dix pour un enfant.

**EVS** (annexe 6) : Elle permet d'évaluer l'intensité de la douleur chez l'enfant à partir de quatre ans et chez l'adulte. La douleur est cotée ainsi : douleur absente = 0 ; douleur faible = 1 ; douleur modérée = 2 ; douleur intense = 3 ; douleur extrêmement intense = 4. Il est possible d'adapter le vocabulaire utilisé en fonction de l'âge de l'enfant. La douleur doit être prise en charge lorsque le score atteint deux sur quatre.

**Échelle des visages** (annexe 7) : Cette échelle unidimensionnelle est utilisée chez l'enfant à partir de quatre ans. Six visages sont représentés, de neutre à très douloureux correspondant aux scores 0 - 2 - 4 - 6 - 8 - 10. L'enfant doit choisir celui correspondant le mieux à son ressenti douloureux. La douleur doit être prise en charge lorsque le score atteint quatre sur dix.

#### **4.2. Échelles d'hétéro - évaluation**

**Échelle EVENDOL** (annexe 3) : Cette échelle comportementale simple et rapide permet l'évaluation de tout type de douleur chez l'enfant, de la naissance jusqu'à ses sept ans. Elle comprend cinq items : l'expression vocale ou verbale (pleurs, cris dit qu'il a mal, etc.), les mimiques (font plissé, bouche crispée, etc.), les mouvements (s'agite, se raidit, se crispe), les positions (attitude inhabituelle, position antalgique, etc.), relation à l'environnement (peut être consolé, s'intéresse aux jeux, etc.). Chaque item est coté de zéro à trois en fonction de l'intensité et de la durée du signe observé. La douleur doit être prise en charge lorsque le score atteint quatre sur quinze.

**Échelle Algopus** (annexe 9) : Elle permet l'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale. Elle comporte cinq items : les expressions du visage (froncement de sourcils, grimaces, etc.), les expressions du regard (regard inattentif, pleurs, etc.), les plaintes émises, les attitudes corporelles (refus de mobilisation, attitudes figées, etc.) et le comportement général (agitation, agressivité, etc.). Un item coté « oui » compte pour un point. On considère qu'il y a une douleur nécessitant une prise en charge lorsque le score est supérieur ou égal à deux sur cinq.

**Échelle ECPA** (annexe 10) : Elle contribue à l'évaluation comportementale de la douleur aiguë, chronique et procédurale chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale. Elle comporte huit items pouvant être cotés de zéro à quatre. Chaque point de cotation représente un degré de douleur. Quatre items sont à évaluer avant les soins : expression du visage, position spontanée au repos, mouvement du patient, relation à autrui. Les quatre autres sont à évaluer pendant les soins : anticipation anxieuse aux soins, réactions pendant la mobilisation, réactions pendant les soins des zones douloureuses, plaintes exprimées pendant les soins. Plus le score est élevé et plus la douleur est importante (score maximal pouvant atteindre 32).

#### **4.3. Les échelles de référence dans la médecine d'urgence**

Il est recommandé de favoriser l'auto - évaluation et d'utiliser les échelles unidimensionnelles en première intention dans les contextes d'urgence. Il est important d'utiliser la même échelle tout au long de la prise en charge du patient pour assurer une cohérence dans le suivi.

L'EVA et l'EN sont les outils de référence pour évaluer l'intensité douloureuse d'après la Conférence d'expert de la SFAR. L'EVS est exploitable quand les deux échelles citées précédemment ne sont pas réalisables.

Pour les enfants, l'échelle EVENDOL est utilisée dans les urgences pré - hospitalières pédiatriques ou encore lors de transport par le SAMU / SMUR.

De plus, les experts de la SFAR recommandent d'utiliser les échelles ECPA ou Algopus pour les personnes âgées (19).

### **5. Le Score de Glasgow (annexe 8)**

Aussi appelé Echelle de Glasgow ou *Glasgow Coma Scale* (GCS), ce score est indissociable de la médecine d'urgence afin d'évaluer l'état de conscience d'une victime. Il est très utilisé par les médecins urgentistes ou les pompiers.

Il se cote de trois (coma profond) à quinze (personne parfaitement consciente), et s'évalue sur trois critères : ouverture des yeux, réponse verbale et réponse motrice (17).

### **6. Hypnose et douleur aiguë**

L'hypnose connaît un regain d'intérêt dans le domaine médical, particulièrement dans la prise en charge de la douleur aiguë. Cette approche exploite la capacité d'un individu à se détacher d'une situation menaçant son intégrité physique ou psychique pour mieux la supporter. La dissociation induite par le thérapeute crée ainsi des conditions propices à la réalisation des soins, dans un environnement confortable, sécurisé et bienveillant.

Il est important de rappeler que l'hypnose ne remplace pas entièrement les agents anesthésiques, mais elle contribue à réduire leur utilisation. Son intérêt est de garantir la sécurité et le confort du patient.

En général, les sujets ayant recours à l'hypnose éprouvent moins de douleurs et de stress et nécessitent moins d'antalgiques en post - intervention que ceux ayant bénéficié d'un protocole médicamenteux conventionnel (52).

## **PARTIE 4 – ÉTUDE DE L'IMPACT DE L'HYPNOSE DANS LES SITUATIONS D'URGENCE À TRAVERS UN QUESTIONNAIRE**

### **1. Objectifs**

L'idée reçue que l'hypnose se déroule en une séance formelle nécessitant calme et temps afin d'induire la transe n'est qu'une vision réductrice de sa pratique. Elle connaît depuis quelques années une utilisation croissante dans le système de soin et notamment dans les services d'urgence.

Cette enquête permet d'étudier l'intérêt de l'hypnose en situation d'urgence. Quel est son apport ? Quelles sont ses limites dans la pratique des professionnels de santé et des sapeurs- pompiers ?

Pour ce faire, j'ai choisi de réaliser deux questionnaires, l'un destiné au personnel travaillant dans un service d'urgence ou en situation d'urgence, l'autre destiné aux SDIS de France.

### **2. Enquête auprès du personnel travaillant dans un service d'urgence ou en situation d'urgence**

#### **2.1. Matériel et méthode**

Cette étude a été menée via un questionnaire informatisé réalisé sur *Google Forms* (annexe 1). Il comprend 16 questions et s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé sans distinction de statut, exerçant dans un service d'urgence, ou en situation d'urgence.

Le lien vers le questionnaire a été partagé par mail à de nombreux hôpitaux et transmis à leurs services d'urgence ainsi qu'à certains professionnels formés à l'hypnose. Les contacts de ces derniers ont été obtenus via le site « Institut Français d'Hypnose ». Cette approche a permis d'obtenir des réponses diversifiées en termes de localisation géographique, de statut professionnel et d'activités de soin. Il convient de noter que cet échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des pratiques sur le plan National, malgré sa diffusion à travers la France entière, car la participation à cette étude est basée selon le volontariat.

Il est important de souligner que ce questionnaire est entièrement anonyme et n'est utilisé que dans le cadre de cette thèse.

Par ailleurs, il contient différents types de questions, permettant d'obtenir des réponses variées telles que des réponses longues ou courtes, des choix uniques ou multiples. Dans les questions à choix, une option autre était systématiquement incluse afin de laisser une possibilité de réponse différente.

## 2.2. Résultats

Au total, 40 réponses ont été recueillies entre janvier 2022 et avril 2022.

Les résultats sont présentés sous forme de graphiques tels que des secteurs, des histogrammes ou des barres, accompagnés de leur texte associé juste en dessous.

### 2.2.1. Le profil des répondants

Profession	Nombre de réponses obtenues
Aide-soignant	4
Ambulancier du SMUR	1
Anesthésiste-Réanimateur	4
Cadre de santé - Hypnothérapeute	1
Infirmier anesthésiste	3
Infirmier	4
Infirmière puéricultrice	1
Médecin en algologie	2
Médecin spécialisé en psychothérapie	2
Médecin urgentiste	12
Pédiatre	2
Psychiatre	2
Sage-femme	2
<b>Total</b>	<b>40</b>

Figure 16 : Profession des personnes ayant répondu au questionnaire

La première question visait à connaître la profession des personnes interrogées.

Parmi les 40 répondants, les médecins prédominent, représentant 60 % (24 sur 40) et couvrent une variété de spécialités, telles que la pédiatrie, l'anesthésie-réanimation, la psychiatrie, l'algologie et la psychothérapie. La médecine d'urgence est la plus mentionnée, avec 12 personnes. Les infirmiers suivent avec 20 % (8 sur 40), dont 3 sont spécialisés en anesthésie et 1 en puériculture.

Les aides - soignants représentent 10 % (4 sur 40), les sages – femmes 5 % (2 sur 40) et les ambulanciers ainsi que les hypnothérapeutes à 2,5 % (1 sur 40) chacun.



Figure 17 : Département d'exercice des professionnels de santé

Nous pouvons voir que cette pratique est assez répandue en France, puisqu'elle touche un grand nombre de départements.

Cependant, elle est davantage développée dans les Pyrénées - Atlantiques et en Isère puisqu'elle concerne 23 % (9 sur 40) des personnes interrogées dans les deux cas.

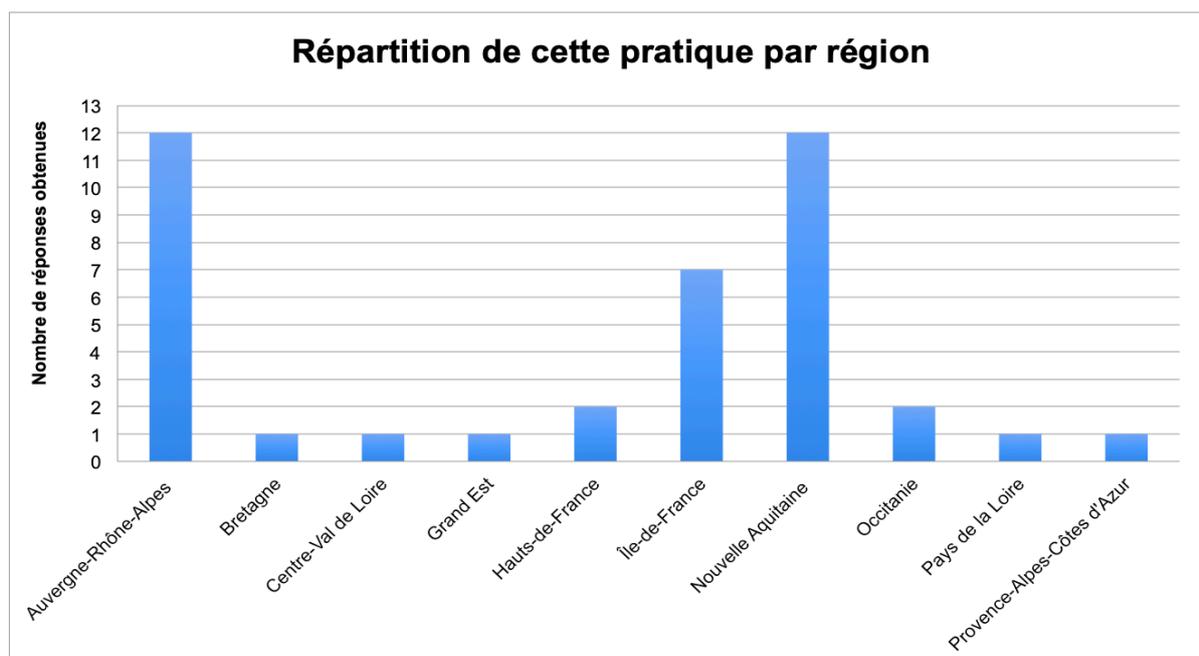


Figure 18 : Région d'exercice des professionnels de santé

Si l'on regroupe les résultats par régions pour faciliter la compréhension, l'Auvergne-Rhône-Alpes, l'Île-de-France et la Nouvelle Aquitaine sont les régions où l'hypnose en situation d'urgence est la plus utilisée.

### 2.2.2. La formation à l'hypnose

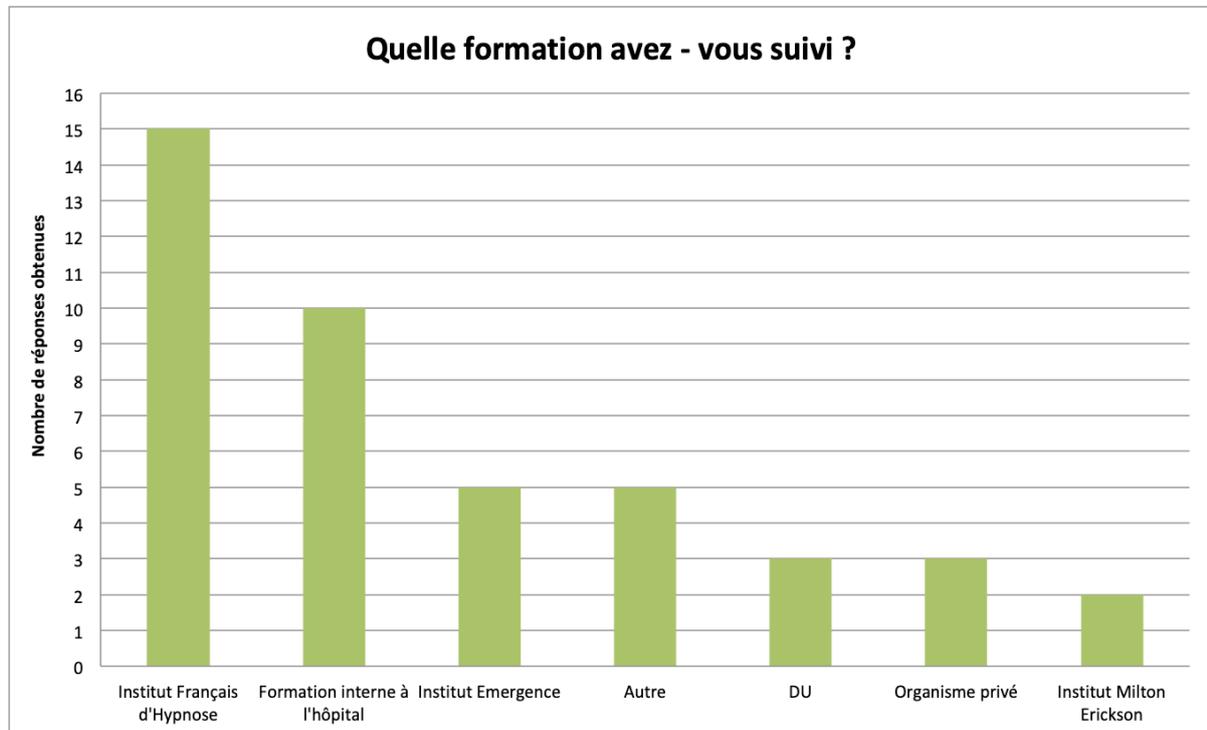


Figure 19 : Formation suivie par les professionnels de santé

La diversité des formations réalisées est illustrée par cet histogramme : 43 réponses ont été obtenues car 3 professionnels ont suivi des formations supplémentaires.

La majeure partie des personnes interrogées, soit 15 d'entre elles, a bénéficié de l'enseignement dispensé par l'Institut Français d'Hypnose, qui propose un grand nombre de formations.

Par ailleurs, 10 sujets ont suivi une formation interne au sein de leur établissement hospitalier. Notons que 5 personnes se sont formées via l'Institut Emergence.

Deux personnes ont opté pour l'institut Milton Erickson, 3 pour des organismes privés et 3 ont obtenu un DU d'hypnose médicale.

Cinq formations différentes ont été évoquées et regroupées dans la section « autre », car les organismes de formation n'ont pas été cités. Nous retrouvons : l'hypnose et la grossesse, l'hypnoanalgésie en situation d'urgence, ainsi que d'autres

cursus allant du niveau de praticien à celui de maître praticien en hypnose Ericksonienne.

En s'intéressant à la durée de ces formations, on constate une certaine variabilité. Citons notamment la formation « Hypnose et douleur aiguë » dispensée par l'institut Emergence, qui s'étend sur 12 jours. En ce qui concerne l'IFH, le programme "Hypnoalgésie dans le soin" requiert 7 jours, tandis que celui « Hypnose médicale et hypnoalgésie » se déroule en plusieurs sessions de quelques jours, réparties sur une période de 2 ans.

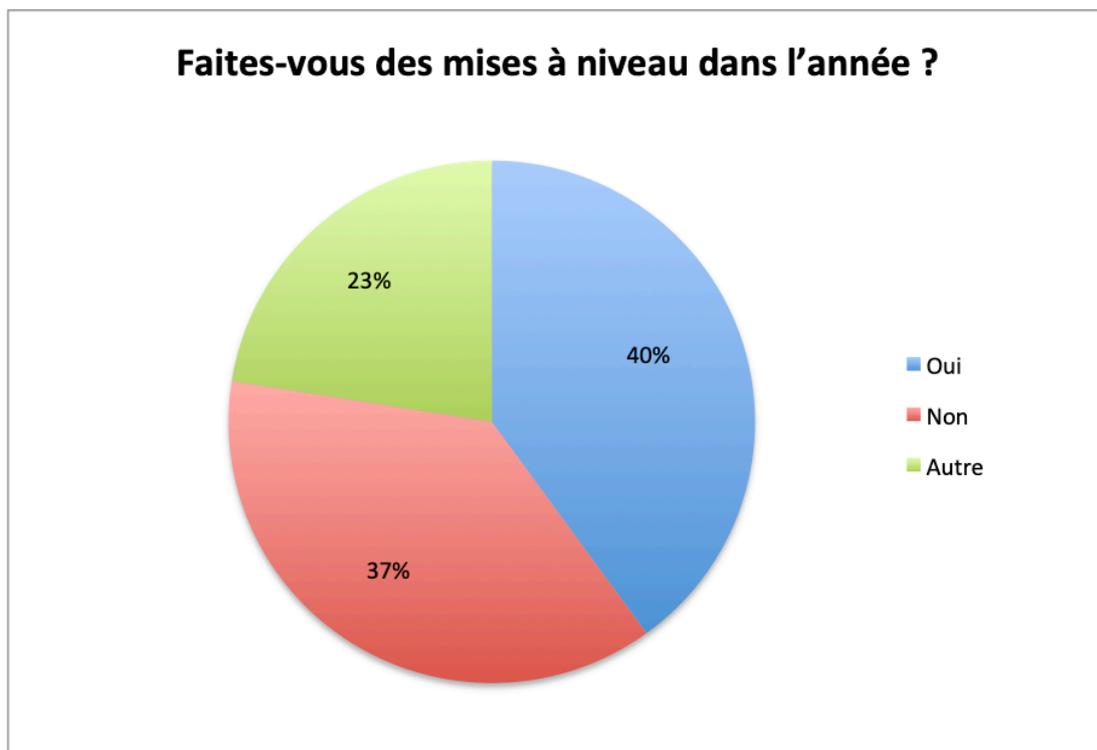


Figure 20 : Mises à niveau réalisées par les professionnels de santé

La question « Faites-vous des mises à niveau dans l'année ? » vise à évaluer la pratique des professionnels de santé en matière de formation continue.

Nous pouvons voir que 40 % (16 sur 40) des personnes interrogées effectuent des mises à niveau annuelles, tandis que 37 % (15 sur 40) indiquent ne pas en suivre.

Concernant les 23 % restants, les mises à niveau ne sont pas réalisées annuellement mais régulièrement.

**Les personnes ne suivant pas de formation annuelle** ont été interrogées sur l'importance des formations complémentaires pour maintenir leurs acquis.

Parmi elles, 9 affirment qu'il serait important d'en réaliser et une souligne l'importance d'une pratique régulière afin d'éviter que les acquis ne se perdent trop vite. Cependant, une personne met en avant le manque de temps comme obstacle rencontré.

Un professionnel a répondu « non » à cette question, tandis que 4 n'ont pas formulé de réponse.

Quant **aux personnes suivant des formations annuelles**, elles étaient invitées à fournir davantage d'informations. La plupart mentionnent la réalisation de formations complémentaires ou encore des supervisions pour approfondir leurs acquis et découvrir de nouvelles techniques. Une personne déclare que les formations l'aident à prendre confiance en elle.

D'autres se mettent à niveau via des congrès, des conférences ou de la lecture.

Les échanges et partages d'expérience avec d'autres professionnels formés à l'hypnose sont cités dans 6 réponses.

Un répondant a précisé « Il est important pour moi de continuer à se former, l'hypnose a un champ d'application très vaste ».

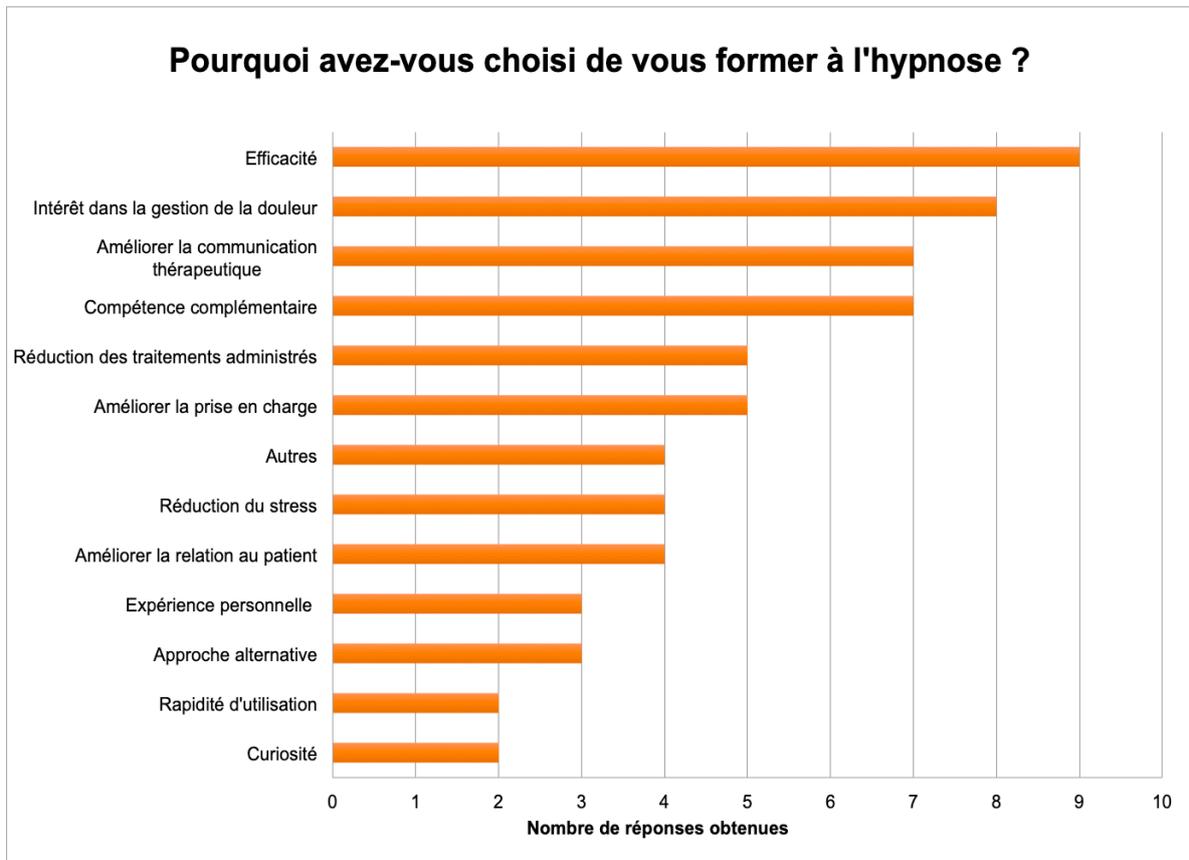


Figure 21 : Motivations à l'origine de la formation en hypnose

La question suivante permettait d'appréhender les motivations ayant conduit les professionnels de santé à entreprendre une formation en hypnose.

Une des réponses recueillies s'est avérée hors sujet et n'a pas été prise en compte.

La motivation principale pour se former à cette pratique réside en majorité dans son efficacité (9 réponses). L'intérêt de l'hypnose dans la gestion de la douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, représente un critère de choix important (8 réponses).

Il s'agit d'une compétence complémentaire à leurs fonctions (7 réponses) et l'amélioration de la communication thérapeutique est un point non négligeable (7 réponses). Certains ont souligné que l'hypnose contribue à améliorer la prise en charge (5 réponses), ainsi que la relation au patient (4 réponses). Cette méthode permet de réduire l'administration de traitements (5 réponses) et le stress (4 réponses). Elle est considérée comme une approche alternative (3 réponses), rapide d'utilisation (2 réponses). Elle répond à la curiosité de certains professionnels (2 réponses), tandis que d'autres expriment s'être formés pour enrichir leur expérience personnelle (3 réponses).

Dans la section « Autres », l'hypnose est vue comme un « outil extraordinaire », « absolument nécessaire », « une thérapie plus adaptée dans certaines situations et / ou pour certains patients » qui permet d'« améliorer ses pratiques ».

Voici quelques réponses intéressantes :

« Dans le cadre de ma profession, la douleur, le stress sont les points les plus importants à gérer, pour avoir une approche du soin plus humaine dans la prise en charge des patients »

« C'est un soin complémentaire et indispensable pour mieux rassurer et soigner les douleurs aiguës et chroniques ».

« Curiosité intellectuelle, défi de mise en place en médecine d'urgence pré-hospitalière »

« Pour améliorer ma relation au patient, pour mieux prendre en charge la douleur induite par les soins ».

### 2.2.3. L'hypnose en pratique

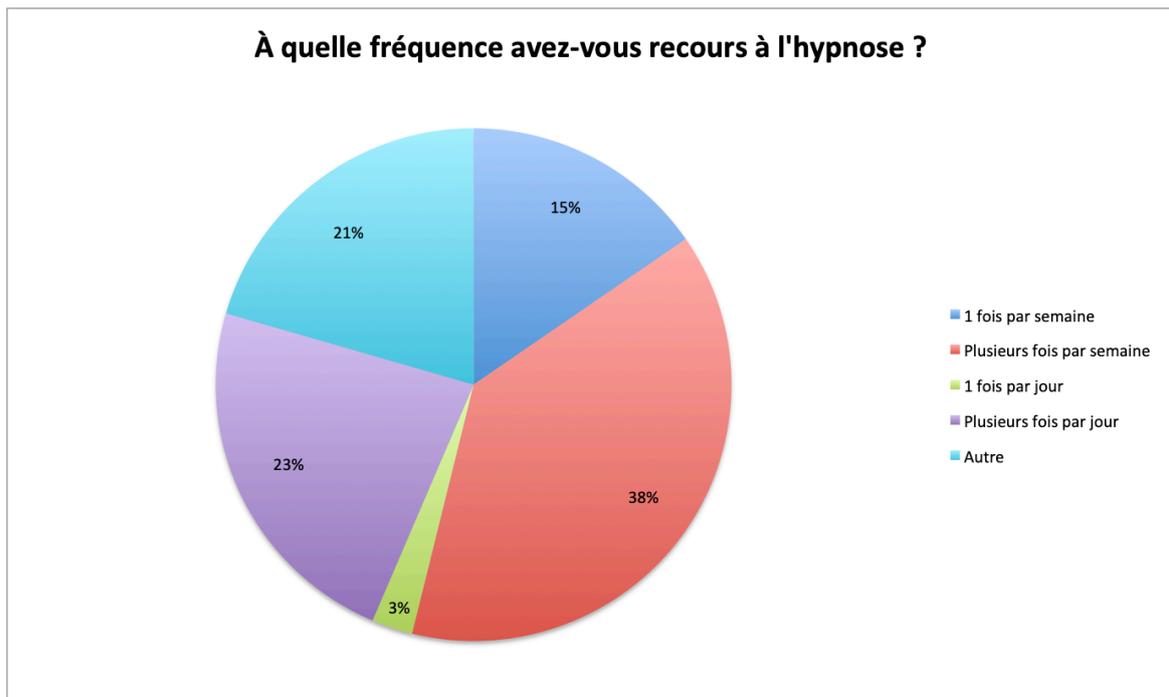


Figure 22 : Fréquence d'utilisation de l'hypnose

En nous penchant sur la fréquence d'utilisation de l'hypnose, parmi les 39 réponses obtenues, il ressort que 15 % des répondants (6 personnes) la pratiquent une fois par semaine, tandis que 38 % (15 personnes) plusieurs fois par semaine.

En outre, 23 % (9 personnes) l'utilisent plusieurs fois par jour, alors que seulement 3 % (1 personne) une fois par jour.

Pour les 21 % restants, (8 personnes), le recours à l'hypnose varie en fonction des entrées aux urgences et des besoins des patients lors de leur admission. Certains ne l'utilisent qu'occasionnellement et ne sont donc pas réguliers dans la pratique.

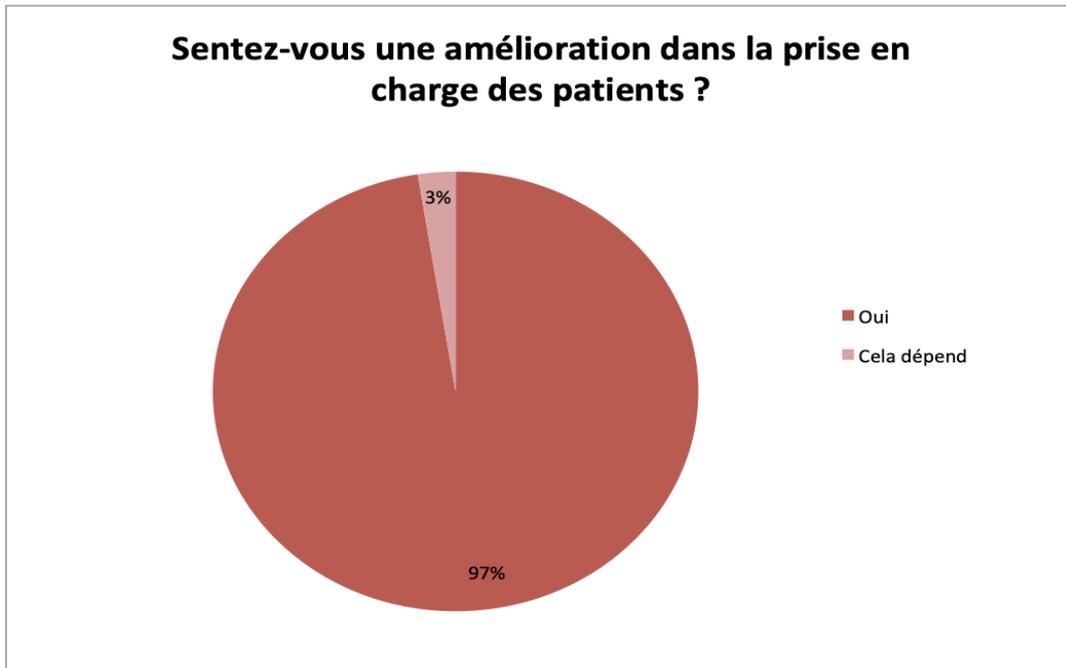


Figure 23 : Sentez-vous une amélioration dans la prise en charge des patients ?

La quasi - totalité des personnes interrogées, soit 39 répondants (97 %), constatent une amélioration globale dans la prise en charge des patients, tant sur le plan de la gestion de la douleur que sur le plan relationnel.

Une personne a répondu que cela dépendait de son état de fatigue et de sa capacité à mener l'échange.

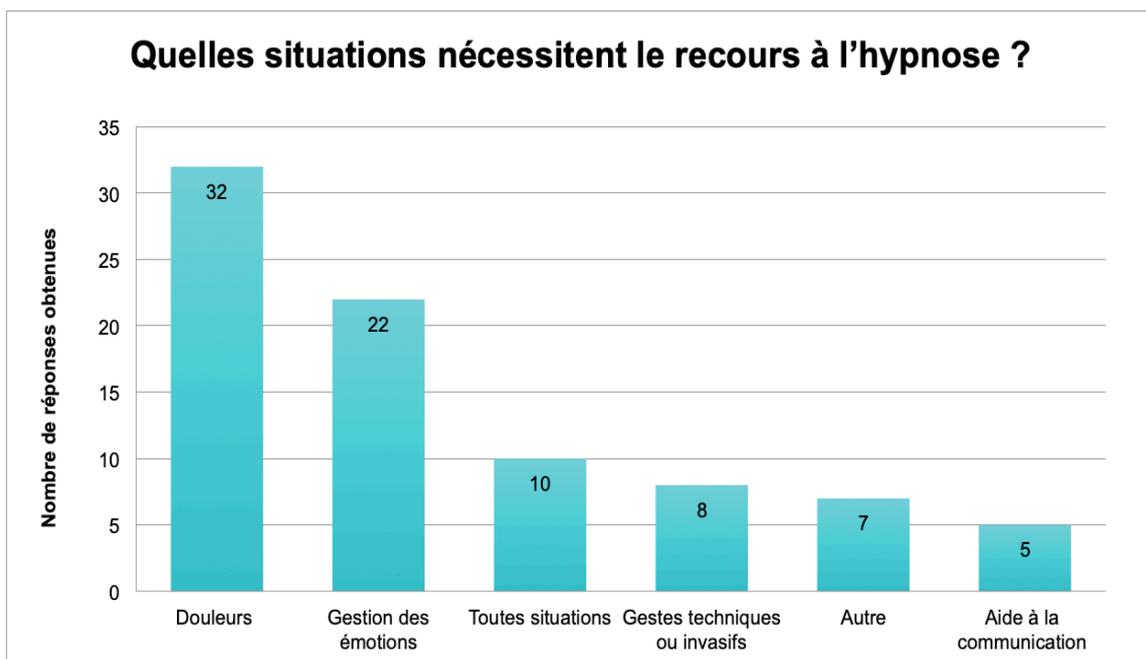


Figure 24 : Situations d'utilisation de l'hypnose

Cette question ouverte visait à recueillir des exemples courants d'utilisation de l'hypnose. Parmi les 40 réponses obtenues, une seule n'est pas exploitable.

La prise en charge de la douleur est pour 32 personnes l'un des principaux motifs nécessitant le recours à l'hypnose. Parmi ces 32 réponses, 9 évoquent la douleur liée aux soins et 4 citent la douleur chronique.

L'hypnose est grandement utilisée dans la gestion des émotions, comme l'ont souligné 22 personnes. Quelques exemples partagés incluent l'anxiété ou le stress avant un soin, une chirurgie au bloc opératoire (telle qu'une césarienne d'urgence), une anesthésie générale, ou encore avant l'annonce d'un pronostic. Trois personnes ont mentionné l'intérêt de l'hypnose dans le cas de crise d'angoisse.

Par ailleurs, 10 personnes affirment que cette pratique peut s'appliquer dans toutes les situations, allant du « bobo à l'accident sur la voie publique ».

L'hypnose présente un intérêt lors de la réalisation de gestes techniques ou d'actes invasifs pouvant être douloureux ou anxiogènes, comme le précisent 8 personnes.

Parmi les exemples cités, nous retrouvons :

- les poses de sondes nasogastriques, de canules de trachéotomie ou de cathéters
- la pose ou le retrait de drains
- les ponctions lombaires
- les sutures de plaies
- les réductions de luxation

Il est important de préciser que l'hypnose s'associe ou non à un traitement médicamenteux (sédatif ou antalgique) dans le cadre d'interventions médicales, comme l'ont relevé 4 répondants.

Cinq personnes considèrent l'hypnose comme un outil d'aide à la communication dans les situations parfois tendues ou complexes.

La partie « autre » regroupe divers cas évoqués pour lesquels l'hypnose est utilisée. Par exemple, lors d'opérations de désincarcération souvent délicates ou d'accidents sur la voie publique. Trois personnes ont souligné son utilisation pour faciliter la mise en travail et l'accouchement, tandis que 2 autres ont cité le traitement des phobies.

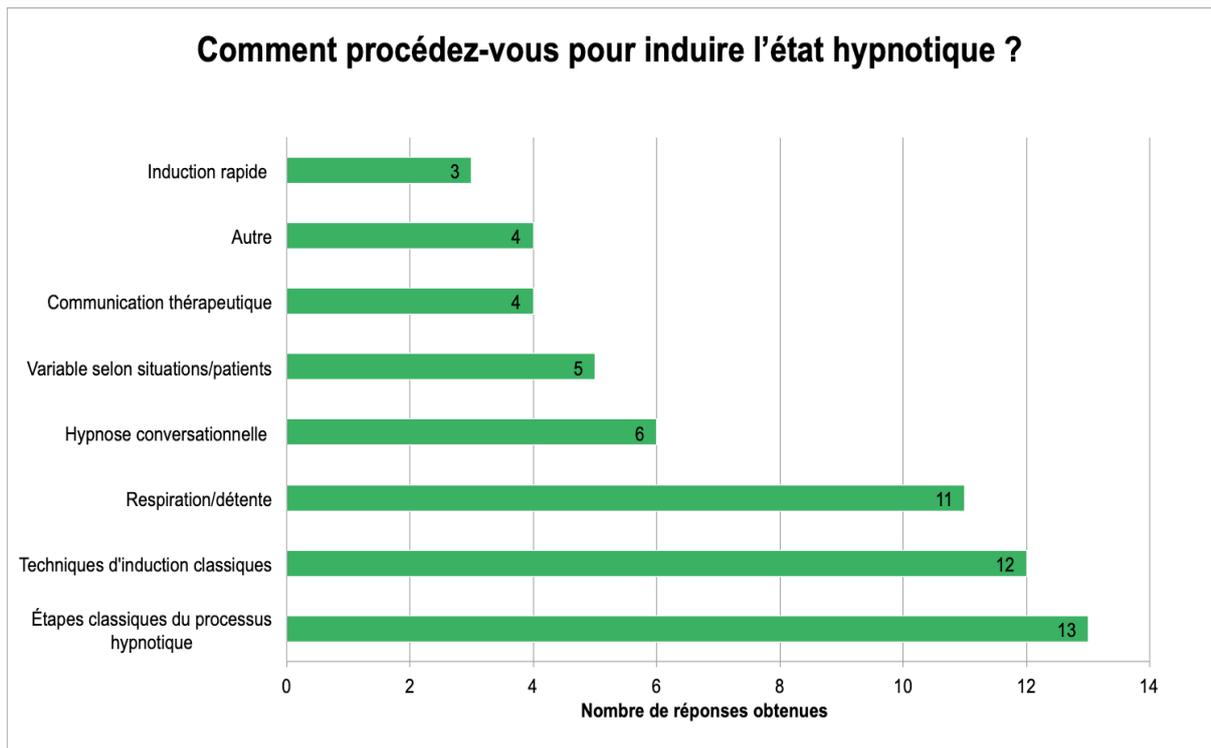


Figure 25 : Comment procédez-vous pour induire l'état hypnotique ?

Cette question visait à recueillir les méthodes employées pour induire la transe hypnotique. Dans les 37 réponses reçues, une personne fait remarquer que la question est trop vaste.

Les étapes classiques du processus hypnotique, à savoir l'induction, la dissociation, les suggestions thérapeutiques et le réveil, ont été citées par 13 personnes.

Les techniques d'induction classique ont été regroupées dans une même catégorie. Nous retrouvons l'induction par focalisation mentionnée par 4 soignants, dont 5 précisent se servir du VAKOG, tandis que 3 utilisent le lieu sécurisé. Les techniques de respiration et de détente sont majoritairement utilisées, comme l'expriment 11 répondants.

L'hypnose conversationnelle est souvent employée dans les situations d'urgences, comme l'indiquent 6 personnes.

Cinq personnes expliquent que leur façon de procéder varie en fonction de la situation et du patient. Par conséquent, les techniques utilisées peuvent différer.

La communication thérapeutique s'avère efficace pour 4 personnes, qu'elle soit utilisée seule, en complément des techniques de relaxation ou pour faciliter l'induction.

« L'induction rapide » est citée par 3 soignants, qui précisent qu'aux urgences, l'hypnose profonde est compliquée à instaurer. La situation fait que l'induction de l'état hypnotique nécessite une adaptation aux locaux, aux bruits, au flux de patients tout en agissant rapidement

La partie « autre » contient les réponses suivantes : « pas assez de pratique » « pas trop de temps aux urgences », « motivation, coopération et confiance », « création d'un lien avec le patient par discussion et contact ».

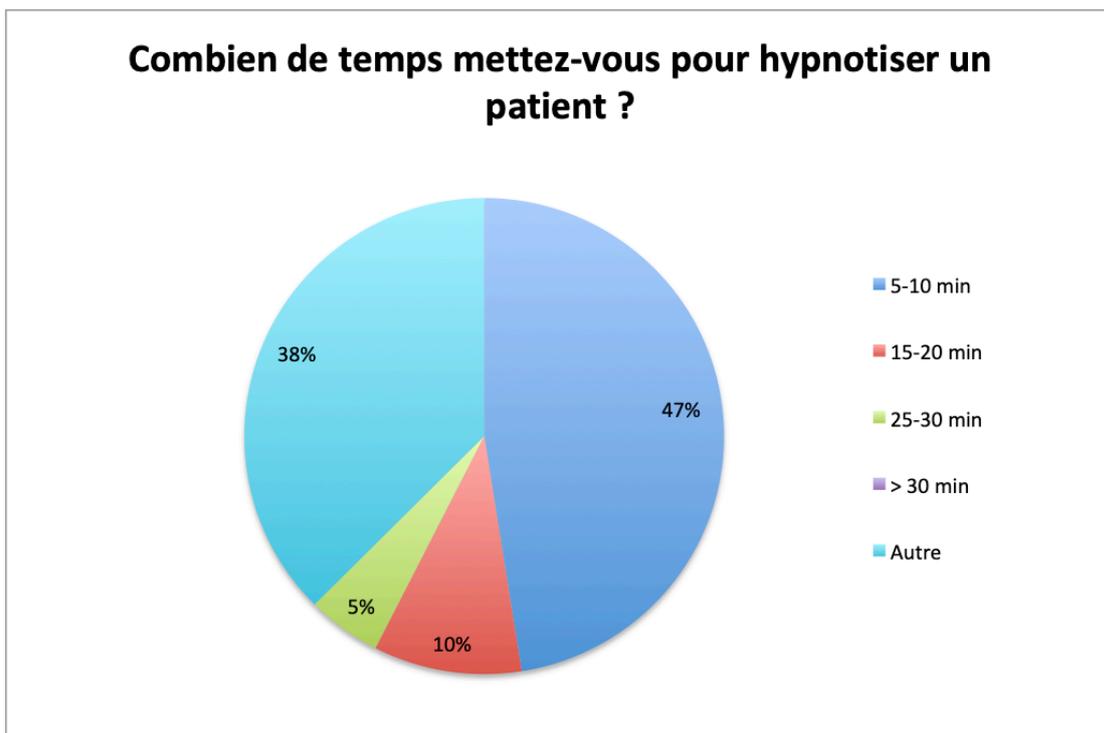


Figure 26 : Combien de temps mettez-vous pour hypnotiser un patient ?

L'instauration de l'induction hypnotique est assez rapide. En effet, 47 % des professionnels de santé (19 personnes) mettent entre 5 et 10 minutes, 10 % (4 personnes) entre 15 et 20 minutes et 5 % (2 personnes) entre 25 et 30 minutes.

Concernant les 38 % (15 personnes) de la catégorie « Autre », la majorité des réponses évoque des techniques d'induction rapide assurant une efficacité en moins de 5 minutes. Parmi ces 38 %, 7 personnes ont signalé que ce temps peut varier en fonction de la réceptivité de la personne, de son état et de ses besoins.

## Quel est l'âge moyen des patients sur lesquels vous pratiquez le plus l'hypnose ?

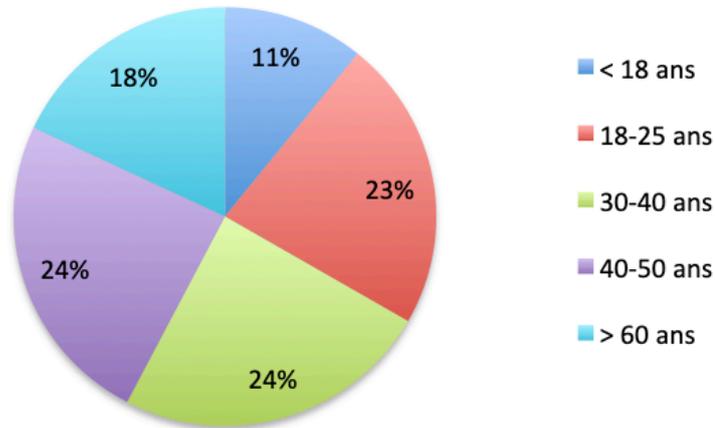


Figure 27 : Quel est l'âge moyen des patients sur lesquels vous pratiquez le plus l'hypnose ?

À cette question, plusieurs réponses étaient possibles.

On constate une répartition assez homogène des différentes tranches d'âges concernées, allant de 18 ans à plus de 60 ans.

Toutefois, l'utilisation chez les moins de 18 ans est moins fréquente et ne représente que 11 % des résultats.

## 2.2.4. Les limites de l'hypnose

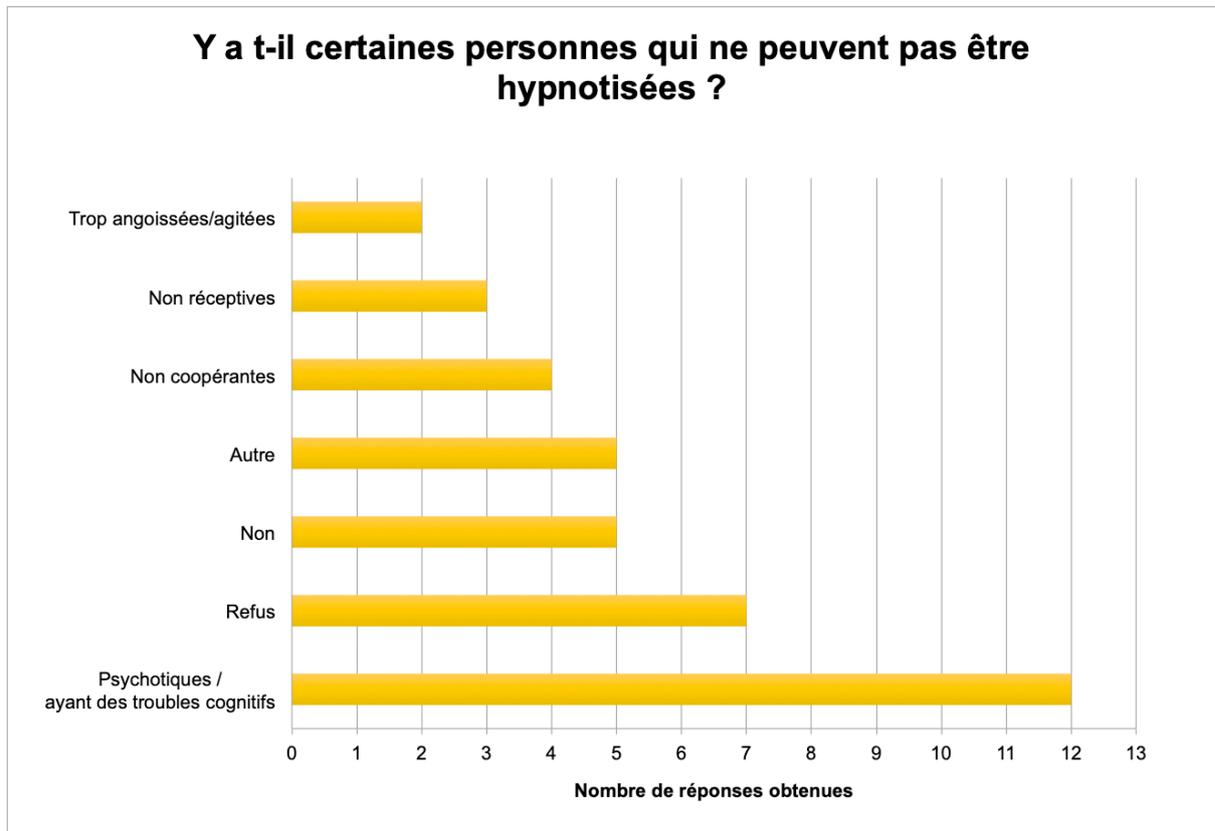


Figure 28 : Y a-t-il certaines personnes qui ne peuvent pas être hypnotisées ?

Cette question permettait de savoir si certains patients présentent des caractéristiques empêchant la pratique de l'hypnose. Parmi les 36 réponses obtenues, des mots – clés ont été relevés pour en simplifier la compréhension sous forme de graphique.

Un tiers des répondants indiquent ne pas pratiquer l'hypnose avec des patients psychotiques ou présentant des troubles cognitifs, car il s'agit d'états où les dissociations peuvent s'avérer dangereuses. Les réponses citent les patients schizophrènes ou paranoïaques, les personnes atteintes de démences ou encore les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs.

Le refus de la pratique par le patient est signalé par 7 personnes.

En outre, 5 professionnels expriment un « non » à cette question et un affirme « Non. Tout le monde est hypnotisable et pratique l'hypnose sans le savoir. L'état hypnotique est un phénomène tellement naturel qu'on le pratique sans le savoir ».

Un autre obstacle est le manque de coopération du patient, cité par 4 personnes.

Certaines personnes s'avèrent être non réceptives à l'hypnose, et parmi les 3 réponses, un soignant souligne l'importance de s'adapter à cette réceptivité, variable d'un individu à l'autre et souvent dépendante du contexte de soins et d'urgence.

Enfin, 2 répondants déclarent que les patients trop angoissés ou agités compliquent la prise en charge et rendent parfois la pratique de l'hypnose impossible.

Pour ce qui est du point « autre », une personne signale qu'elle n'a pas encore été confrontée à cette situation, tandis qu'une autre n'en a « aucune idée ». Une réponse évoque « les personnes ayant une mauvaise connaissance de l'acte » ou encore « peur de lâcher prise ».

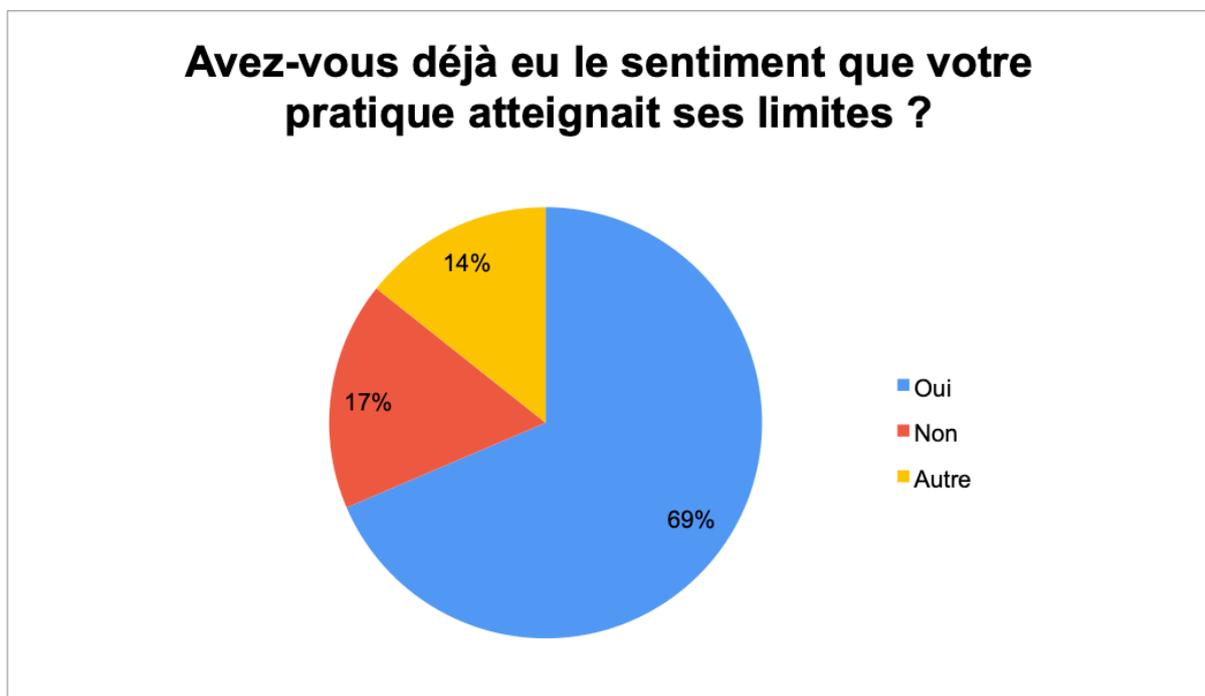


Figure 29 : Avez-vous déjà eu le sentiment que votre pratique atteignait ses limites ?

Cette question visait à déterminer si les professionnels qui utilisent l'hypnose ont déjà éprouvé des limites dans leur pratique.

Parmi les 35 réponses collectées, la majorité, soit 69 % (24 personnes) ont déclaré avoir déjà ressenti des limites lors de leur pratique.

Les limites signalées sont souvent dépendantes du patient, notamment lorsqu'il est trop algique ou trop agité, il devient alors difficile pour lui de lâcher prise et de coopérer.

Elles dépendent aussi du praticien, parfois en raison de son manque de technique, de compétence ou de créativité, compromettant l'efficacité des suggestions thérapeutiques.

Une personne a souligné qu'elle se sentait freinée par le regard des autres soignants.

Enfin, le contexte de la situation est perçu comme un facteur limitant dans la pratique, en particulier lorsque l'environnement est bruyant ou qu'il y a trop de monde, ce qui rend difficile l'instauration de la « bulle hypnotique » patient- soignant.

En revanche, 17 % (6 personnes) n'ont pas ressenti de limites dans le cadre de leur pratique. Un répondant a énoncé « Non, car cela apporte toujours quelque chose au patient, même si ce n'est pas grand-chose ».

### **2.3. Retour d'expériences**

Voici quelques situations qui ont été partagées par les professionnels de santé ayant répondu à mon questionnaire.

« Un motard avait fait une chute. Fracture des poignets droit et gauche. Je l'ai mis sous morphine en intraveineuse pour le soulager avec plus ou moins d'efficacité. Du coup je lui suggère une « nouvelle technique » visant à le soulager. Je lui demande de remonter sur sa moto, il fait beau, de ressentir le vent sur son visage, etc. Je lui propose de s'arrêter au feu rouge. De croiser le regard d'une jolie jeune fille. Elle regarde dans sa direction. Et là, à ma grande surprise, il lève la main et salue la foule ».

« Exemple lors de la luxation d'épaule d'une patiente. Malgré l'utilisation de gaz, on a eu besoin de l'hypnose pour que ce soit plus facile, car elle avait beaucoup de mal à se laisser manipuler à cause de ses douleurs ».

« Une séance sur une patiente à qui les médecins ont fait une réduction sur une luxation d'épaule. La patiente était une adepte de la méditation donc assez simple ! Elle a revécu une randonnée en montagne qui s'est très bien passée...si bien qu'à la fin du soin, elle nous a fait comprendre qu'elle voulait encore profiter de cette escapade ! Là pour le coup, on peut dire que c'était réussi ».

« Femme de 88 ans, avec fracture ouverte, hyperalgique. Nous sommes partis nous promener ensemble aux bords de la rivière que nous connaissions tous deux. Pendant ce temps, les soins douloureux sont passés inaperçus ».

« Césarienne en urgence à la relève de garde chez une patiente qualifiée de "difficile" par l'équipe précédente car posant beaucoup de questions, remettant en question les décisions médicales. Patiente très anxieuse, mari présent avec elle pendant la césarienne. Prise en charge hypnotique sans parler d'hypnose au couple juste pour faire baisser le stress et rétablir une communication avec eux. À la fin de la prise en charge, le couple est très satisfait et le mari me dit « c'est incroyable, je ne sais pas ce qu'il s'est passé mais vous nous avez fait quelque chose, on a passé un moment merveilleux ». C'est vrai que le mari était parti complètement en transe avec sa femme ».

« Hypnose d'un enfant présentant une fracture de membre sur un terrain de sport en extérieur, le soir, l'hiver, sous la pluie. Mobilisation rapide du patient sans douleur permettant son immobilisation puis son transfert vers un centre hospitalier de façon confortable ».

« Un monsieur, très douloureux sur des métastases osseuses, qui s'effondre en larmes, d'épuisement, devant moi et qui souffre encore plus de « se laisser aller ». Nous sommes partis sur son ring de boxe thaï (il est entraîneur), pour ramener un niveau de confiance en lui suffisant ».

« Point de sutures sans anesthésie locale en pédiatrie ».

« Cas d'un enfant qui arrive le genou bloqué en extension déjà multi exploré dans de mêmes circonstances avec avis orthopédique sans étiologie évidente. Aux urgences, prise en charge en hypnose et l'enfant repart en marchant. Cet état semblait lié en partie à un terrain anxieux de l'enfant et qui a été amélioré sous hypnose ».

« Suite à la prise en charge d'une patiente ayant des problèmes cardiologiques (un infarctus survenu l'année d'avant). Son entrée est effectuée en salle chaude. Tachycardie intense, impossibilité de faire l'entretien avec le médecin (impossibilité de parler et de respirer normalement). Le dernier recours de l'infirmière est de m'appeler dans mon unité afin que j'intervienne. J'ai donc procédé à une vraie séance d'hypnoalgésie avec balade en montagne, chants des oiseaux et fraîcheur des lieux. La patiente est enfin calmée et respire à nouveau normalement, tachycardie bien apaisée. Le dialogue est enfin possible. Le diagnostic enfin posé par le médecin, dû au stress d'avoir à nouveau un infarctus. La patiente peut sortir des urgences et aller à son rendez – vous cardiologique. Avant son départ, je passe la voir. Elle me demande si c'est avec moi qu'elle est allée se promener au pied de la

dent de Crolles, très heureuse de l'avoir fait car cela faisait des années qu'elle ne faisait plus de randonnées ».

« Une patiente en plein déclenchement par des prostaglandines. Elle avait un IMC à 45. Les contractions utérines devenaient plus régulières et douloureuses. Le col était dilaté à 1 cm. La patiente a demandé une péridurale. Dans ce contexte de déclenchement, j'ai appelé l'anesthésiste rapidement. Il est venu. Nous avons installé la patiente pour la pose de la péridurale. Il a essayé à plusieurs reprises. Il ne trouvait pas l'espace. Il me faisait des signes pour me faire comprendre qu'il n'y arrivait pas. J'ai proposé de l'hypnose à la patiente, le temps que l'anesthésiste continue. La patiente a accepté. Je lui ai parlé, un peu dans l'oreille, en la faisant visualiser son bébé qui descend, le col qui s'ouvre. Pendant ce temps, l'anesthésiste a cherché un appareil d'échographie pour visualiser l'espace. Pendant ce temps je continuais l'hypnose. La patiente a ressenti des envies de pousser. L'anesthésiste cherchait toujours l'espace... Cette pose de péridurale a duré 1h30 en tout. L'anesthésiste n'a jamais réussi à la poser. J'ai examiné la patiente après trois envies de pousser et le col était complètement dilaté. La tête du bébé était engagée. J'ai félicité la patiente et je l'ai transférée en salle d'accouchement. Elle a très rapidement accouché et était vraiment contente. Elle m'a demandé après son accouchement si la péridurale fonctionnait encore. Elle n'avait pas réalisé que la péridurale n'avait jamais été posée. Elle m'a dit avoir ressenti une antalgie qui l'a beaucoup aidé à donner naissance à son bébé ».

## **2.4. Discussion**

### **2.4.1. Biais de l'étude**

Cette étude s'est bien déroulée dans l'ensemble, malgré certaines difficultés rencontrées lors de la distribution des questionnaires.

**Un des obstacles** fut de trouver les contacts des différentes structures hospitalières, ainsi que ceux des professionnels de santé pratiquant l'hypnose en service d'urgence ou en situation d'urgence. De nombreux retours par mails m'ont été faits témoignant de l'utilisation de l'hypnose dans divers contextes, malheureusement non exploitables pour cette étude car ils ne concernaient pas des situations d'urgence. Il est également difficile de comparer le nombre de mails envoyés et partagés dans les différents services avec le nombre de participants actifs au questionnaire.

Un point à aborder concerne **la fiabilité des résultats**. En effet, les personnes ont répondu anonymement au questionnaire, il est donc impossible de vérifier l'exactitude des réponses.

Un autre biais identifié porte sur **la formulation des questions**, ainsi que dans leur manque de précision. Cela a pu influencer les réponses des participants et mon interprétation de celles - ci. Certains sujets n'ont pas répondu à toutes les questions et dans quelques cas, les réponses fournies étaient inexploitable car elles ne correspondaient pas au contenu ou au sens de la question posée.

La prédominance de questions ouvertes a été encouragée afin d'obtenir une diversité de réponses. Cependant, l'analyse et la présentation de ces réponses en graphiques demeuraient plus complexes. Pour faciliter cette tâche, des mots-clés ont été identifiés et regroupés. Toutefois, il est possible qu'il y ait eu une mauvaise interprétation de ma part lors de cette démarche.

#### **2.4.2. Discussion des résultats**

Peu d'études cliniques analysent la pratique de l'hypnose en situations d'urgence, ce qui limite la possibilité de les confronter aux résultats de cette enquête. La plupart portent sur des études de cas.

Bien que la taille de l'échantillon ne soit pas suffisante pour tirer de vraies conclusions, les réponses recueillies offrent tout de même des perspectives de réflexions intéressantes.

L'hypnose suscite l'intérêt d'une grande diversité de professions médicales (médecins, sages-femmes) et d'auxiliaires médicaux (infirmiers, ambulancier, aides-soignants). Les médecins sont en majorité (24 sur 40), avec une prédominance d'urgentistes (12 sur 24), suivis par les infirmiers (8 sur 40).

Pour ce qui est de sa pratique, 38 % des soignants (15 sur 39) s'en servent plusieurs fois par semaine et 23 % (9 sur 39) plusieurs fois par jour. Son large champ d'application pourrait justifier son utilisation fréquente par les soignants. Avec les réponses obtenues, nous constatons que la douleur et la gestion des émotions sont les principales indications de recours à l'hypnose. Également, les gestes techniques ou les actes invasifs tels que la réduction de luxation, les sutures de plaies, etc. fréquemment effectués aux urgences sont grandement favorables à cette pratique, étant donné leurs aspects douloureux et anxiogènes.

Comme exploré dans la partie 1 consacrée à l'histoire de l'hypnose, l'une de ses premières utilisations médicales fut la gestion de la douleur dès le début du XIX<sup>ème</sup> siècle par James Esdaile. Il est connu pour avoir effectué de nombreuses interventions chirurgicales majeures, sans douleur et avec pour seul anesthésique l'hypnose.

Quelques articles disponibles sur Pubmed démontrent l'intérêt de l'hypnose dans la gestion de la douleur en médecine d'urgence. L'hypnose, en plus d'être une alternative sûre pour soulager la douleur aiguë et chronique, s'avère être un bon complément aux traitements pharmacologiques. Elle permet une réduction de la quantité à administrer voire une suppression de leur usage (59). Elle est également reconnue pour son utilité lors de procédures médicales invasives contribuant à atténuer la douleur et l'anxiété (60). Dans cet état modifié de conscience, le praticien guide le patient pour qu'il puisse accéder à ses ressources et ainsi moduler sa douleur par le pouvoir des suggestions (61).

De plus, comme l'ont illustré les études publiées par Pierre Rainville et Marie – Elisabeth Faymonville, l'hypnose peut, au moyen de suggestions spécifiques, influencer la perception de la douleur tant sur le plan sensoriel que sur le plan émotionnel. Par ailleurs la SFAR a démontré par ses études (43) que l'hypnose possède un intérêt majeur en pré, péri et post opératoire. La méthode la plus utilisée pour réduire le stress, la douleur et améliorer le confort physique et mental du patient est l'hypnose conversationnelle.

Ainsi, une amélioration générale dans la prise en charge des patients, tant au niveau de la gestion de la douleur que sur le plan relationnel est constatée par 97 % des professionnels de santé (39 sur 40). En effet, grâce au lien étroit établi entre le soignant et le patient, un climat de confiance s'installe et peut être renforcé par un contact physique. L'observation est essentielle à la communication, il est indispensable pour le soignant d'accorder toute son attention au patient et à son langage verbal, para verbal et non verbal (36). Une meilleure communication se met en place et la transe négative est limitée. Cette prise en charge accélérée agit également sur le stress de l'entourage du patient, important à gérer car très communicatif.

Cette pratique s'avère applicable à une large population. Il est notable que toutes les classes d'âges peuvent bénéficier de l'hypnose, avec une répartition assez homogène des 18 ans aux plus de 60 ans. La tranche d'âge la moins citée dans le

questionnaire est celle qui concerne les moins de 18 ans. Il serait faux de penser que cette pratique est inadaptée au milieu pédiatrique car les mineurs sont grandement réceptifs à l'hypnose (62). Ces résultats peuvent se justifier par le fait que cette enquête n'ait pas atteint les services en question ou les professionnels exerçant dans ce milieu.

La formation à l'hypnose est recherchée par de nombreux professionnels de santé comme un outil complémentaire à leur pratique. Celles suivies sont variées et certains ont fait le choix d'en réaliser plusieurs. La majorité a bénéficié de l'enseignement dispensé par l'IFH (15 personnes). En effet, cet institut est reconnu pour son éventail varié de formations, allant de la découverte de l'hypnose à l'application de cette pratique par métier (par exemple, hypnose et obstétrique). Il propose également des formations en intra-hospitalier, des séminaires et des supervisions pour approfondir sa pratique (58). La formation la plus suivie par les professionnels interrogés est la formation « Hypnose médicale et hypnoanalgésie » se déroulant sur 2 ans.

De plus, 10 soignants ont indiqué avoir suivi une formation interne dans leur hôpital d'exercice. La mise en place de ces formations au sein des établissements hospitaliers, telles que celles offertes par le CH de Pau et le CHU de Grenoble, peut expliquer en partie le développement plus prononcé de l'utilisation de l'hypnose dans les départements des Pyrénées-Atlantiques et de l'Isère, touchant respectivement 23% des personnes interrogées dans les deux cas. Bien que cette méthode soit également répandue dans de nombreux autres départements.

Pour détailler, le CH de Pau dispense depuis plusieurs années une formation en hypnose médicale (55) et le CHU de Grenoble présente des formations en communication thérapeutique et hypnose conversationnelle (57). De plus, l'UGA propose un DU d'hypnose thérapeutique et médicale, destiné aux professionnels de santé, dont la formation se déroule à proximité de l'hôpital de Grenoble (56).

L'intérêt majeur de ces formations internes est de sensibiliser et d'initier plus facilement le personnel non familier de cette pratique. Ainsi, cela favorise l'intégration de l'hypnose dans leur activité professionnelle.

Quant à la durée des formations à l'hypnose, elle présente une certaine variabilité. Ces dernières peuvent se dérouler sur plusieurs jours, se répartir en quelques sessions tout au long de l'année, voire s'étendre sur une période plus prolongée.

L'apprentissage de cette technique peut s'avérer relativement rapide et nécessiterait d'être déployée auprès d'un plus grand nombre de personnels médicaux.

Les mises à niveau dans l'année ne sont réalisées que par 40 % des personnes interrogées (16 sur 40) et concernent l'ensemble des secteurs de métiers. Par ailleurs, certains ne les effectuent pas annuellement, mais de façon régulière.

La plupart affirme qu'il est important de suivre une formation continue pour maintenir ses acquis, les approfondir et découvrir de nouvelles techniques. Cela peut se faire de manière individuelle par le biais de lecture d'ouvrages, de revues. Certains participent à des conférences ou des congrès. Un grand nombre témoigne de l'importance d'échanger avec d'autres professionnels pour partager leurs expériences et leurs techniques. D'autres optent pour de la supervision. Pour citer les paroles d'un répondant « la formation se poursuit toute la vie ».

Au sujet des approches employées pour induire l'état hypnotique, elles sont multiples et dépendent à la fois du patient et de la situation. Une majorité des soignants suivent les étapes classiques du processus hypnotique avec les méthodes d'induction centrées sur la focalisation en utilisant notamment le VAKOG. Les techniques de respiration et de détente sont citées par presque un tiers des répondants. L'hypnose conversationnelle et la communication thérapeutique se révèlent efficaces pour soulager le patient.

En outre, l'induction est assez rapide, ce qui est un aspect non négligeable pour la médecine d'urgence. En effet, 47 % des professionnels de santé (19 personnes) estiment mettre entre 5 et 10 minutes.

Enfin, les limites relevées dans cette étude concernent premièrement les patients. Certains, par leur état de santé, ne peuvent bénéficier de l'hypnose. C'est le cas de ceux présentant des troubles psychotiques ou ayant des troubles cognitifs. Comme mentionné dans la partie « Les contre-indications et les limites de l'hypnose », l'état dissociatif provoqué par la transe hypnotique modifie également la perception de la réalité et pourrait aggraver ces troubles s'ils ne sont pas bien équilibrés.

Le manque de coopération, de réceptivité à l'hypnose ou un état trop agité et anxieux compromettent la pratique de l'hypnose. Également, 7 soignants ont mentionné le refus du patient, par manque de connaissance de l'acte ou encore la peur de lâcher prise.

De plus, 69 % des professionnels de santé ont déclaré avoir déjà ressenti des limites dans leur pratique. Certains sont sceptiques quant à leurs compétences et une personne a précisé être freinée par le regard des autres soignants.

De plus, l'environnement des urgences est présenté comme un frein à l'utilisation de l'hypnose, en raison du bruit et de l'agitation permanente. Le soignant nécessite une grande concentration pour pouvoir se consacrer entièrement à son patient sans se laisser distraire. Néanmoins, dans son livre « L'hypnose en situation d'urgence » (7) Philippe Aïm présente l'hypnose comme un outil qui s'adapte à toutes les situations et circonstances. Plutôt que de le considérer comme un obstacle, il voit l'environnement comme un élément à intégrer pleinement pendant la séance.

Les limites mentionnées pourraient certainement être levées en les abordant lors de formations ou d'échanges entre collègues. En généralisant davantage cette pratique, un plus grand nombre de soignants pourraient offrir ces bénéfices aux patients, incitant d'autres professionnels à se former en constatant l'efficacité de cet outil. Ils pourraient ainsi renforcer leurs techniques et leur confiance en eux, par une pratique plus régulière et en étant moins impactés par le regard des autres.

### **3. Enquête auprès des SDIS**

#### **3.1. Matériel et méthode**

Cette étude a été menée via un questionnaire informatisé réalisé sur *Google Forms* (annexe 2). Destiné aux SDIS de France, il comprend 17 questions et s'adresse aux pompiers professionnels ou volontaires de tous grades confondus, formés et pratiquant l'hypnose en interventions.

Le lien vers le questionnaire a été partagé par mail, à tous les SDIS (soit un par département) et en priorité aux médecins chefs appartenant à ces SDIS.

Les mails ont été obtenus par l'annuaire des SDIS de France et grâce à certains contacts personnels.

Nous emploierons ici le terme de « victime » utilisé dans le domaine des pompiers pour désigner la personne prise en charge.

Tout comme le questionnaire précédent, celui-ci est entièrement anonyme et n'est utilisé que dans le cadre de cette thèse.

### 3.2. Résultats

Seulement 9 participations ont été recueillies entre février et novembre 2022.

Comme pour le questionnaire précédant, les résultats sont présentés sous forme de graphiques, principalement des histogrammes, afin de faciliter la compréhension compte tenu du faible nombre de participation.

#### 3.2.1. Le profil des répondants

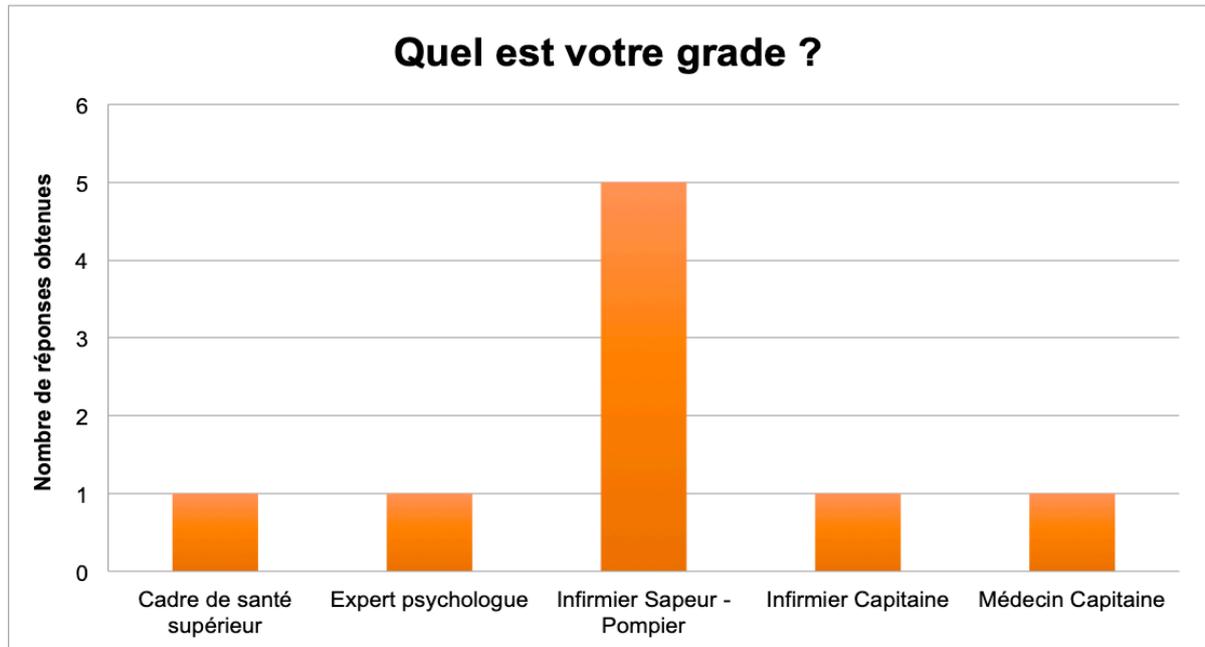


Figure 30 : Grade des SP ayant répondu au questionnaire

Les résultats indiquent que pour les 9 répondants, l'orientation professionnelle prédomine dans le domaine de la santé. Cinq d'entre eux exercent en tant qu'infirmiers sapeurs-pompiers et nous comptons aussi un médecin capitaine, un expert psychologue ainsi qu'un cadre de santé supérieur.

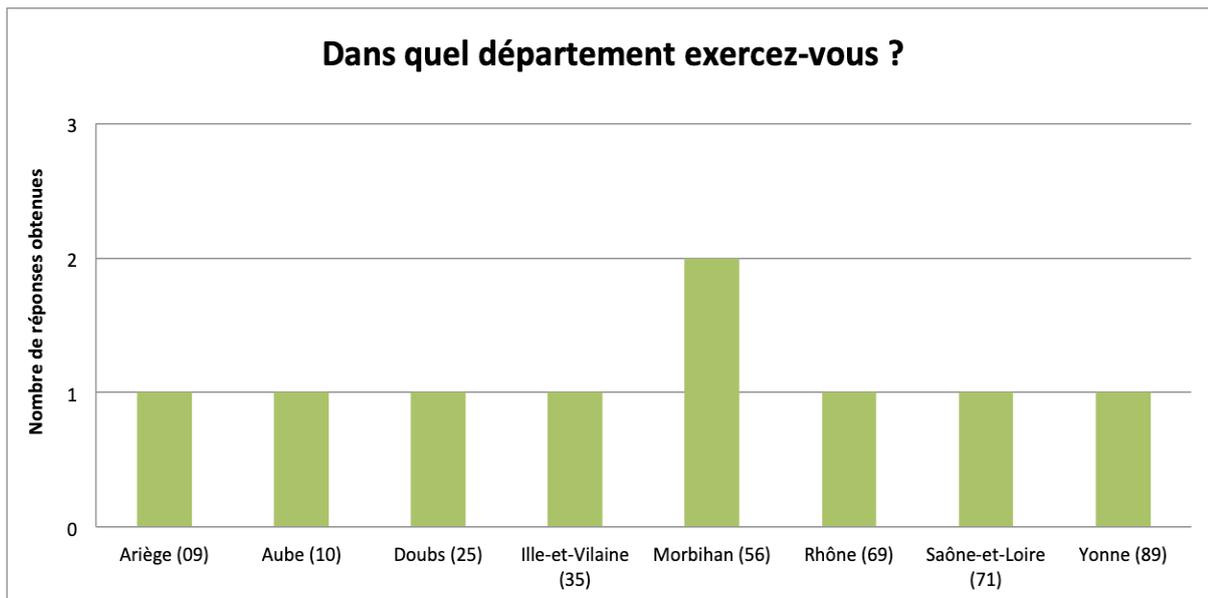


Figure 31 : Département d'exercice des SP

Tout comme le questionnaire précédant, cette pratique touche divers départements et ne se limite pas à une seule zone de la France.

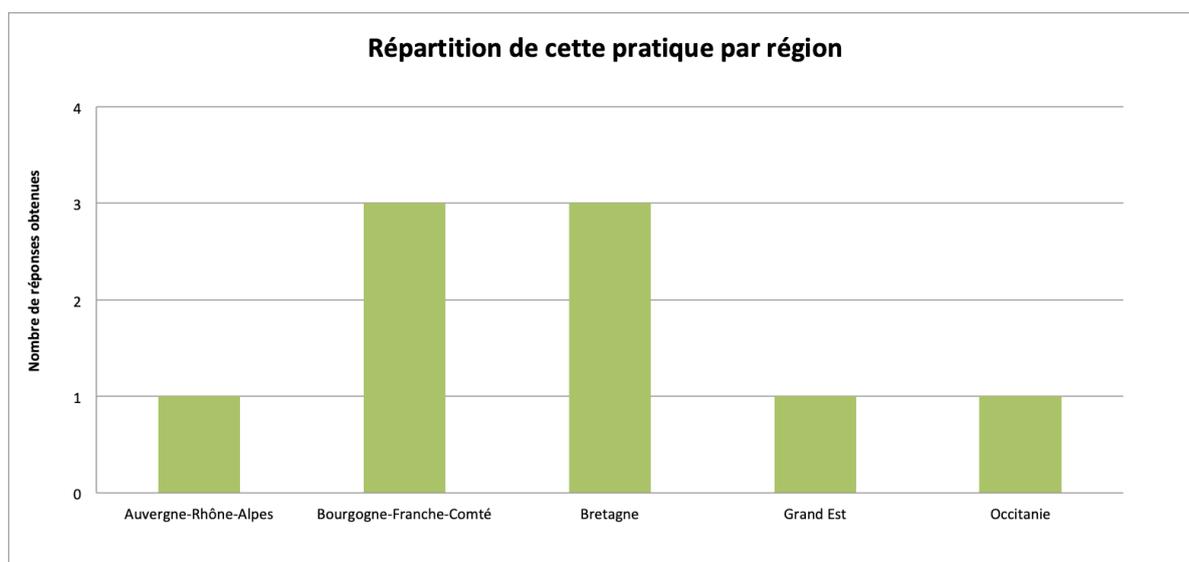


Figure 32 : Région d'exercice des SP

Dans les régions de Bourgogne – Franche – Comté (SDIS 25, SDIS 71 et SDIS 89) et de Bretagne (SDIS 35 et SDIS 56) il y a respectivement 3 personnes qui pratiquent l'hypnose lors d'interventions.

Une personne exerce l'hypnose dans la région Auvergne-Rhône-Alpes (SDIS 69), une dans la région Grand Est (SDIS 10) et une dans la région Occitanie (SDIS 09).

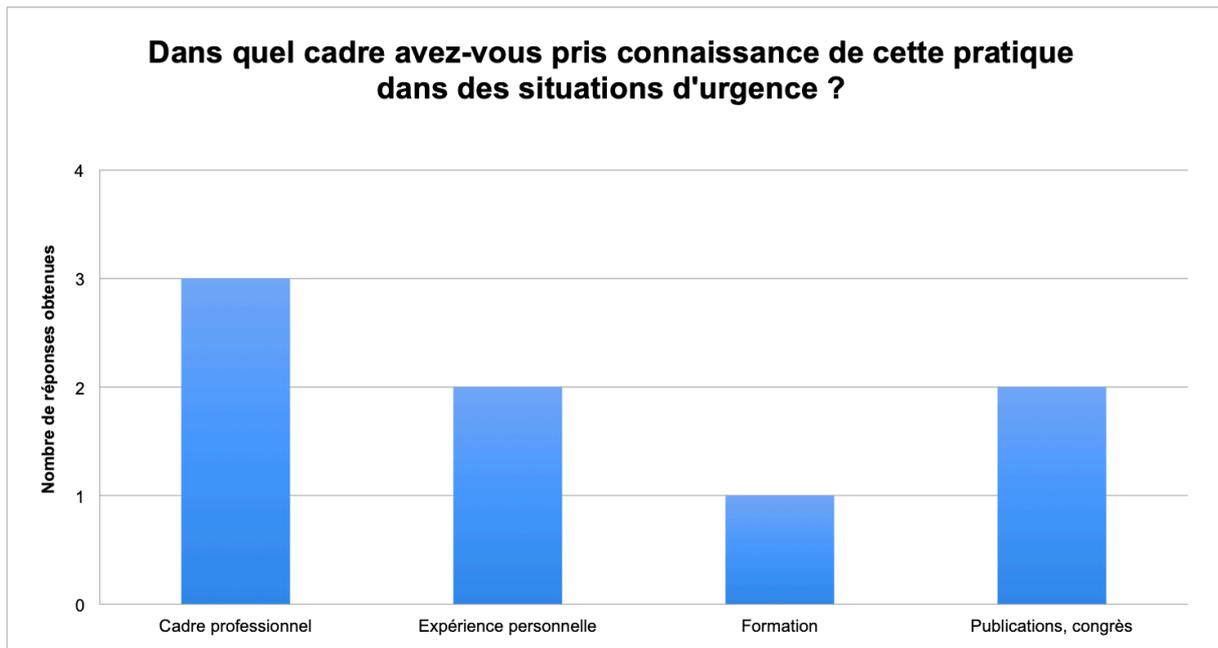


Figure 33 : Dans quel cadre avez-vous pris connaissance de cette pratique dans des situations d'urgence ?

Seules 7 réponses sur 9 sont exploitables, car une personne n'a pas répondu et une autre a donné une réponse hors sujet. Malgré cela, plusieurs mots - clés ont été identifiés.

La découverte de cette pratique s'est faite, pour 3 personnes dans le cadre de leur profession, incluant deux infirmières et un psychologue et autre personne lors de formation. L'expérience personnelle a été citée par 2 personnes.

Enfin, 2 personnes ont mentionné les publications notamment celles de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et les congrès.

### 3.2.2. La formation à l'hypnose

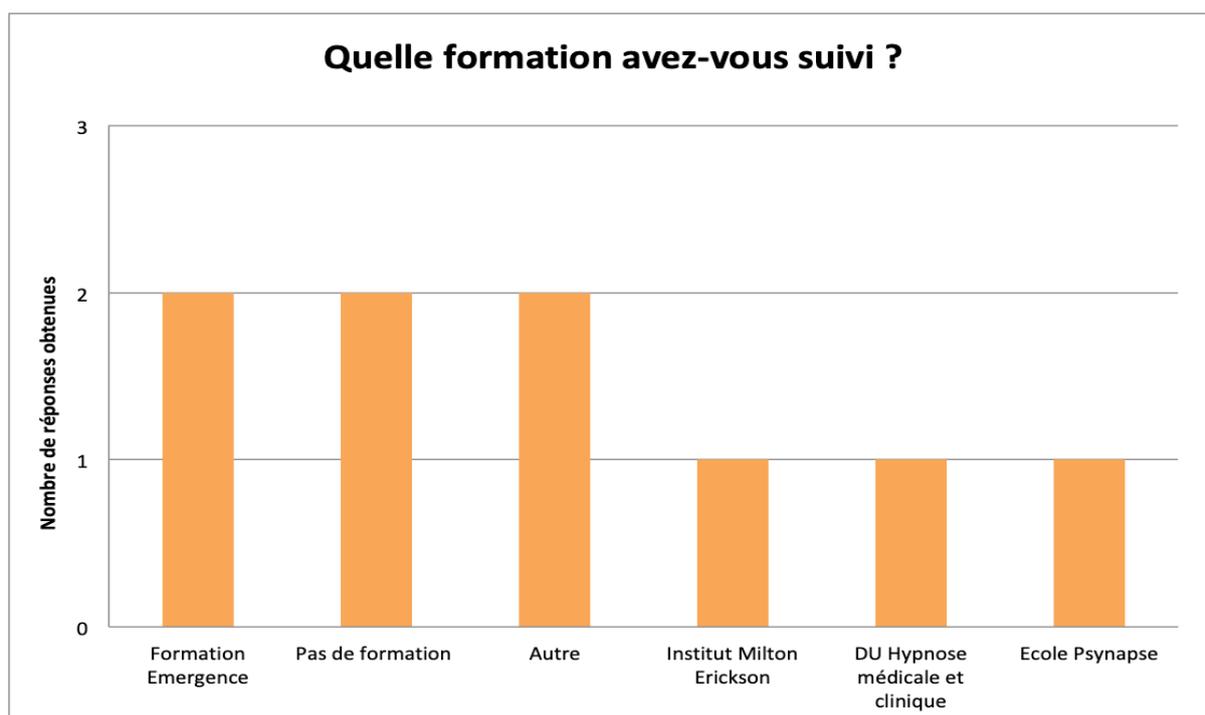


Figure 34 : Formation suivie par les SP

La question « Quelle formation avez-vous suivie pour pratiquer l'hypnose ? » a été associée à la question « Comment se passe cette formation et combien de temps dure-t-elle ? » dans le but de simplifier la compréhension.

Les répondants ont suivi diverses formations afin d'acquérir les compétences nécessaires dans ce domaine.

Un SP a obtenu un DU d'hypnose médicale et clinique à la faculté de médecine de Saint-Étienne, comprenant plusieurs modules répartis sur une année.

L'école Psynapse a contribué à la formation d'une ISP, proposant des programmes allant du technicien (1 semaine) au praticien (2 semaines) et au maître praticien (3 semaines).

Deux SP ont suivi la formation « hypnose et douleur » via l'Institut Émergence qui dure 12 jours répartis sur 9 mois, combinant pratique et théorie. Une des personnes a associé sa formation avec un apprentissage complémentaire de la communication thérapeutique à l'école d'IADE.

Un autre a suivi un cycle de trois ans à l'Institut Milton Erickson de Lyon, une formation non spécifique aux situations d'urgence, mais réservée aux professionnels de la santé et aux psychologues.

Il est important de noter que 2 SP n'ont pas suivi de formation mais pratiquent tout de même l'hypnose.

Dans la catégorie « autre », un SP a opté pour une formation dispensée par un organisme privé, comprenant trois périodes de 2 à 3 jours en présentiel. Un dernier a obtenu un certificat d'hypnose clinique à travers un programme composé de sept modules de 14 heures chacun.

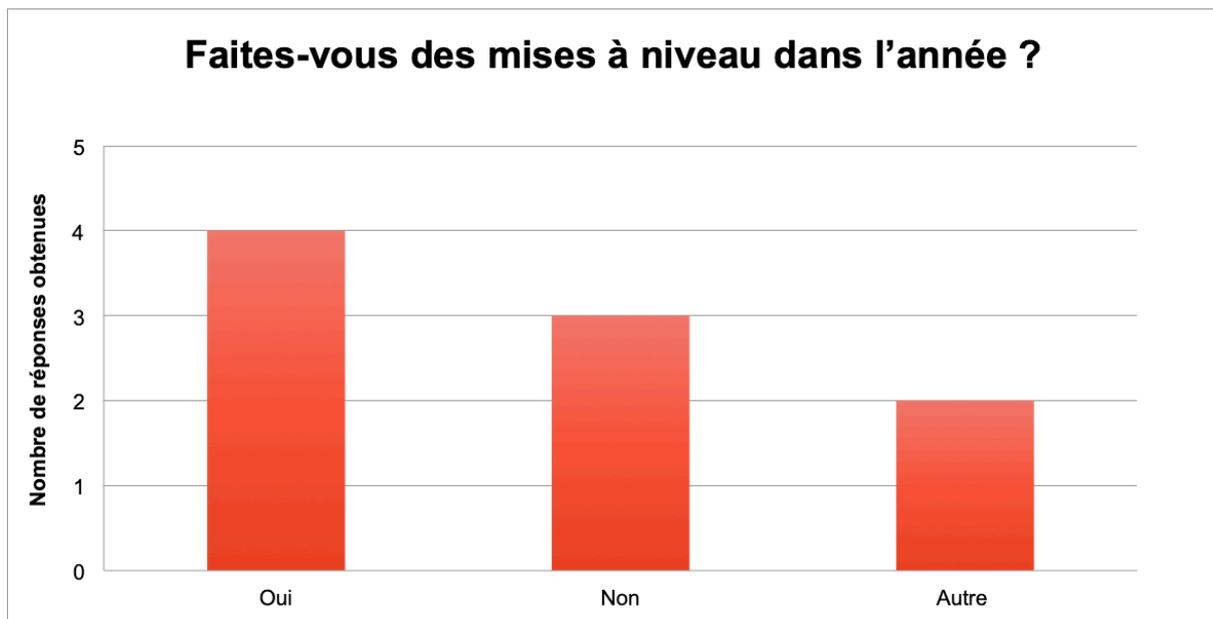


Figure 35 : Mises à niveau réalisées par les SP

Quatre personnes effectuent des mises à niveau dans l'année, tandis que 3 n'en font pas.

Dans la catégorie « Autre », une personne a assisté au congrès de l'hypnose en 2022 et une autre souligne qu'elle a la possibilité de refaire les stages pendant cinq ans grâce sa formation via l'école Psynapse.

Les SP ont été questionnés sur l'importance des formations complémentaires pour préserver leurs compétences. Les 7 réponses recueillies précisent la manière dont ils maintiennent leurs acquis.

Deux personnes insistent sur le partage d'expériences avec leurs collègues également formés à l'hypnose.

Un SP se tient à jour en suivant les avancées scientifiques ou en assistant à des colloques.

Deux autres font des formations supplémentaires pour approfondir leur pratique. Au sein du SDIS 35, le personnel infirmier a bénéficié d'une formation de cinq jours portant sur la communication thérapeutique et l'hypnose, et des sessions mensuelles de maintien des compétences sont planifiées.

Un dernier a indiqué qu'il n'est pas toujours possible de se former en raison d'un manque de temps, mais maintient ses compétences par une pratique régulière.

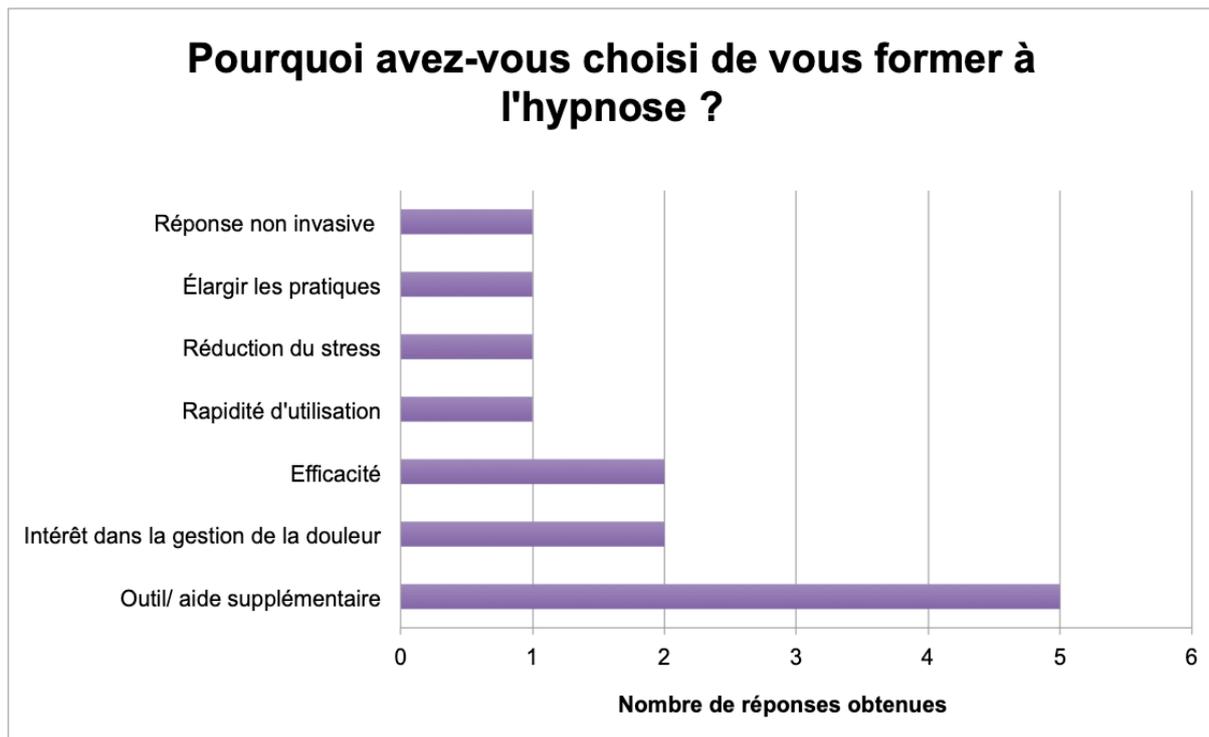


Figure 36 : Pourquoi avez-vous choisi de vous former à l'hypnose ?

Tout comme pour le questionnaire adressé aux services d'urgence, les résultats des 8 réponses obtenues ont été triés en fonction des mots – clés identifiés.

Il en découle que le choix de se former à l'hypnose a été fait en majorité car il s'agit d'un « outil supplémentaire » et « complémentaire » à la pratique professionnelle (5 réponses).

Cette formation revêt un intérêt particulier dans la gestion de la douleur (2 réponses) L'hypnose est une pratique efficace (2 réponses), rapide d'utilisation (1 réponse). L'hypnose offre un avantage indéniable pour réduire le stress des victimes. Une personne explique s'être formée pour pouvoir « rassurer le patient avec un langage adapté », notamment en pédiatrie.

De plus, une ISP a indiqué avoir suivi une formation pour élargir ses pratiques professionnelles et intègre désormais l'hypnose tant dans son travail quotidien que lors des interventions.

Enfin, l'hypnose permet d'apporter une réponse non invasive aux victimes (1 réponse).

### 3.2.3. L'hypnose en pratique

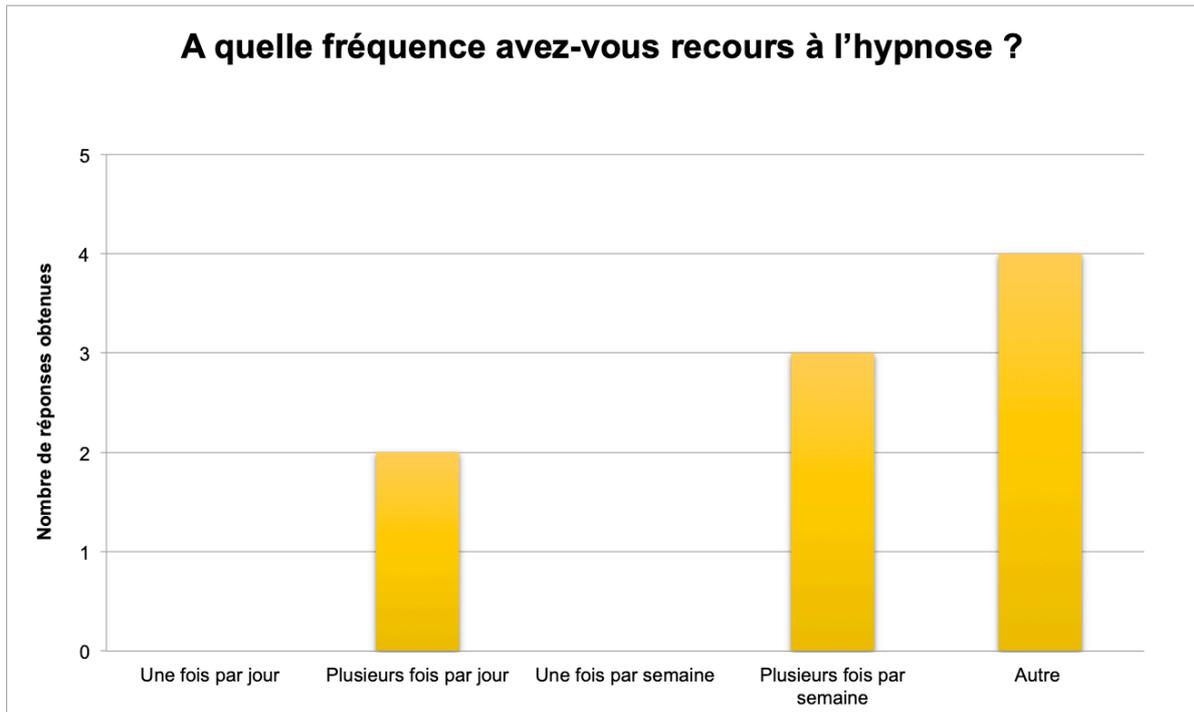


Figure 37 : Fréquence d'utilisation de l'hypnose en intervention

En examinant la fréquence d'utilisation de l'hypnose au sein des SDIS, il apparaît que 2 personnes font appel à cette pratique plusieurs fois par jour et 3 plusieurs fois par semaine.

Concernant la catégorie « autre », 2 SP ont déclaré que leur fréquence d'utilisation était « très variable », un l'utilise « ponctuellement selon le type d'intervention » et un autre y a recours « quelques fois par an ».

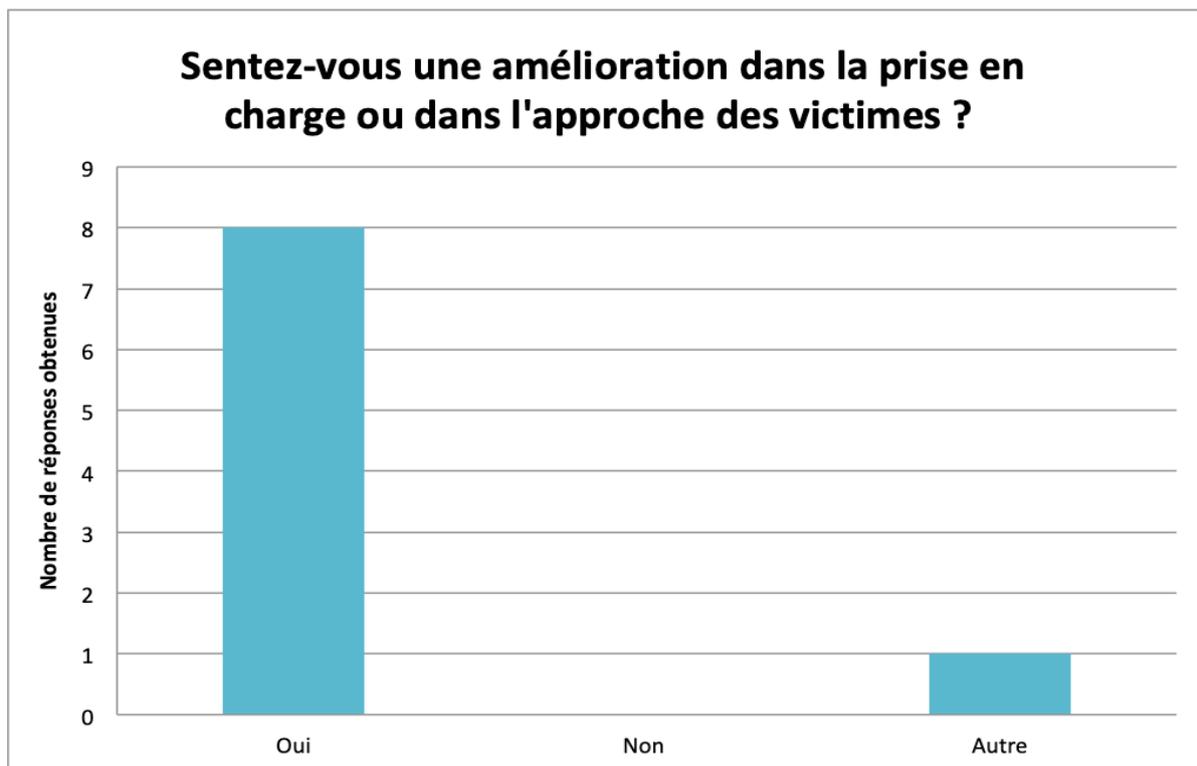


Figure 38 : Sentez-vous une amélioration dans la prise en charge ou dans l'approche des victimes ?

La majorité des SP ressentent une amélioration dans la prise en charge ou dans l'approche des victimes grâce à l'hypnose.

En revanche, un seul a souligné que l'efficacité de cette pratique dépendait de l'individu pris en charge.

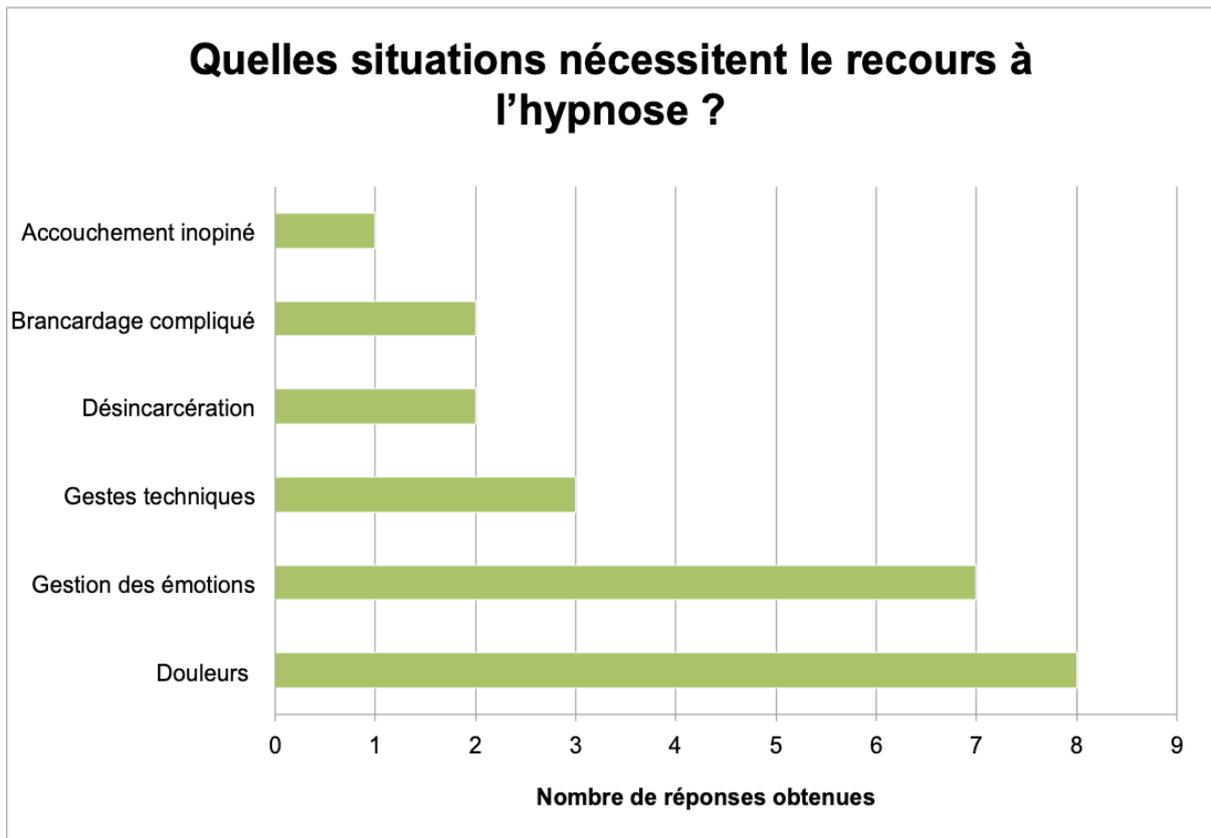


Figure 39 : Situations d'utilisation de l'hypnose en intervention

L'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur est mentionné par 8 personnes sur 9, dont une souligne que « l'hypnose ou la communication thérapeutique devraient être indiquées pour toute situation où la victime est algique ».

La gestion des émotions est un critère significatif d'utilisation de l'hypnose pour 7 personnes.

L'hypnose est également employée lors de la réalisation de gestes techniques pouvant être douloureux, comme le mentionnent 3 personnes.

Deux SP précisent avoir recours à l'hypnose lors des opérations de désincarcération, 2 autres lors de brancardages compliqués et un dernier lors d'accouchement inopiné.

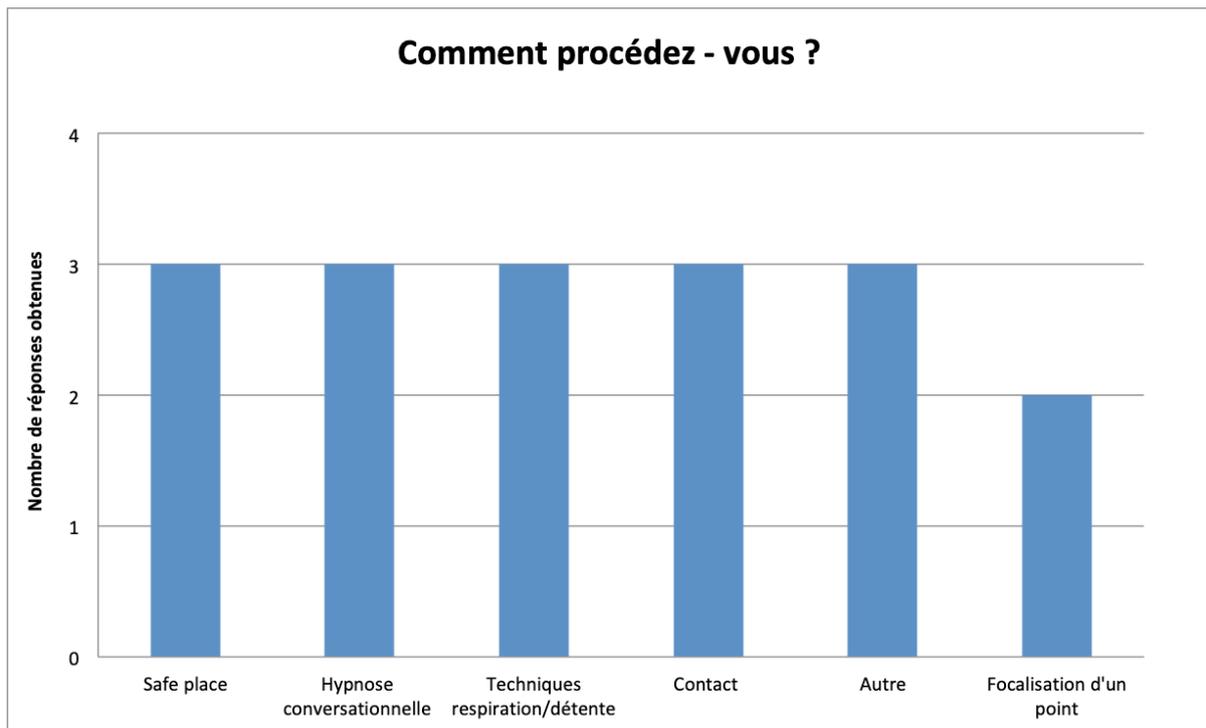


Figure 40 : Comment procédez-vous pour induire la transe hypnotique ?

Les résultats sont présentés en fonction des mots – clés identifiés.

Il ressort que parmi 9 participants, 3 mettent en place une « *safe place* » dit aussi lieu sûr, pratiquent l'hypnose conversationnelle ou utilisent des techniques de respiration et de détente musculaire.

L'établissement d'un contact avec la victime, qu'il soit physique ou visuel, est jugé important pour 3 personnes.

Deux SP ont mentionné procéder par focalisation d'un point, notamment en invitant la personne à fixer leur regard.

Dans la catégorie « autre », les réponses précisait qu'il était difficile d'induire une transe hypnotique en pré-hospitalier, notamment dans les situations où la douleur et le stress sont particulièrement importants, l'aide chimique est souvent requise.

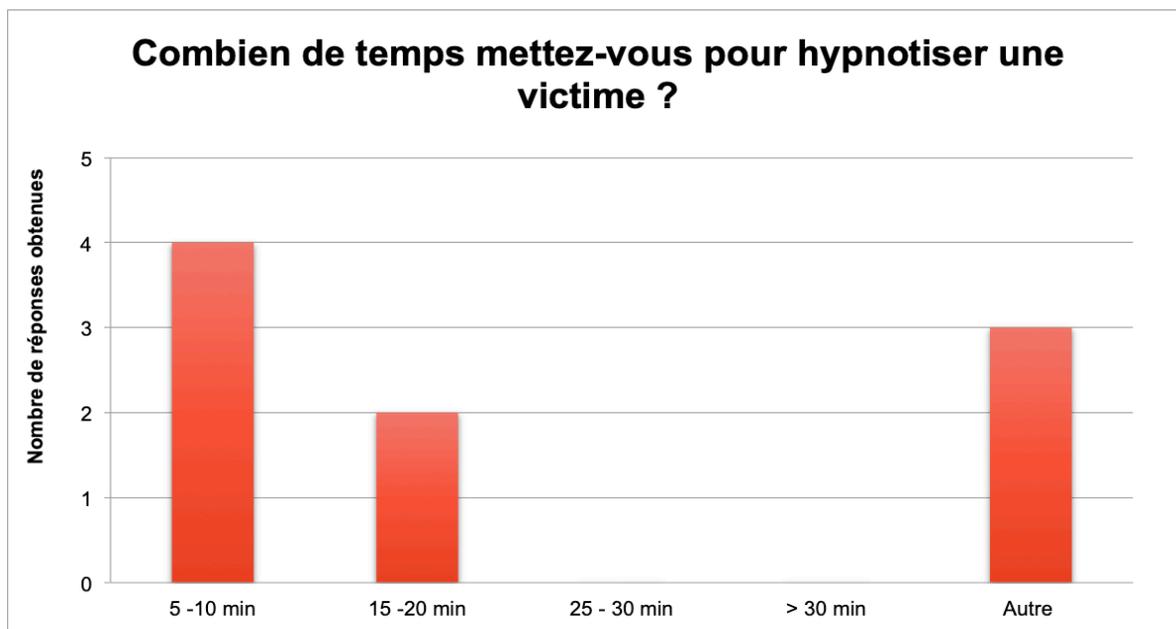


Figure 41 : Combien de temps mettez-vous pour hypnotiser une victime ?

Il ressort que, pour 4 personnes, le temps d'induction est relativement rapide, généralement compris entre 5 et 10 minutes. Pour 2 autres personnes, ce délai s'étend plutôt de 15 à 20 minutes.

En ce qui concerne les 3 réponses de la section « Autre », elles précisent que le temps d'induction est très variable en fonction de l'intervention et de l'aide chimique pouvant être intégrée au soin.

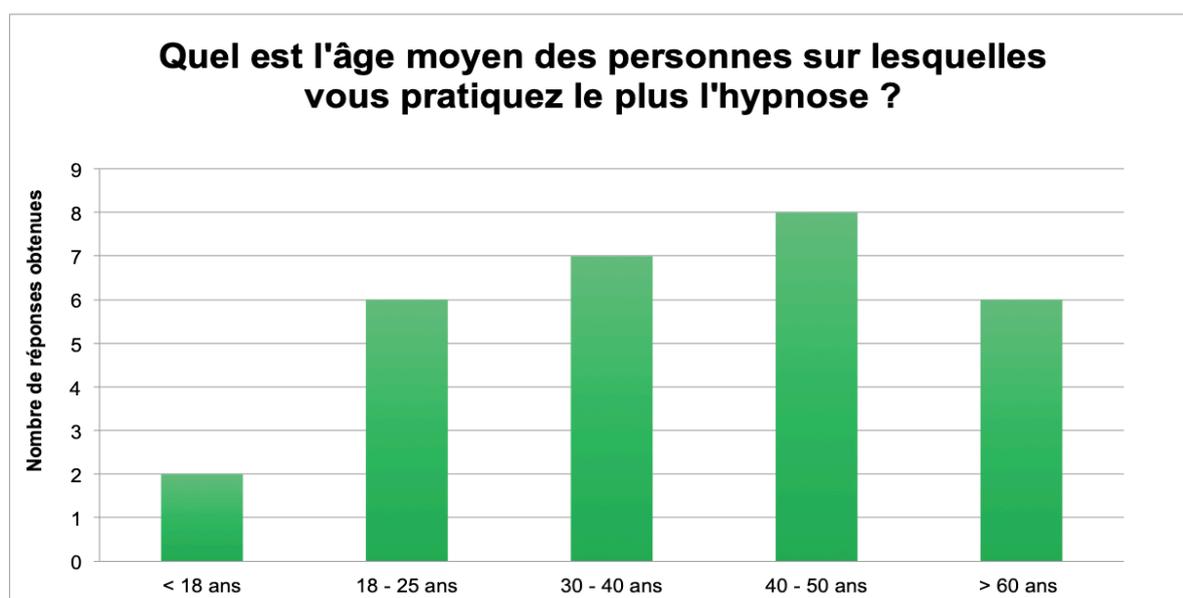


Figure 42 : Quel est l'âge moyen des personnes sur lesquelles vous pratiquez le plus l'hypnose ?

L'histogramme met en évidence une homogénéité des réponses, à l'exception de la classe d'âge des moins de 18 ans, où l'utilisation de cette pratique demeure peu fréquente. La tranche d'âge des 40-50 ans est celle ayant obtenue le plus de réponses.

### 3.2.4. Les limites de l'hypnose

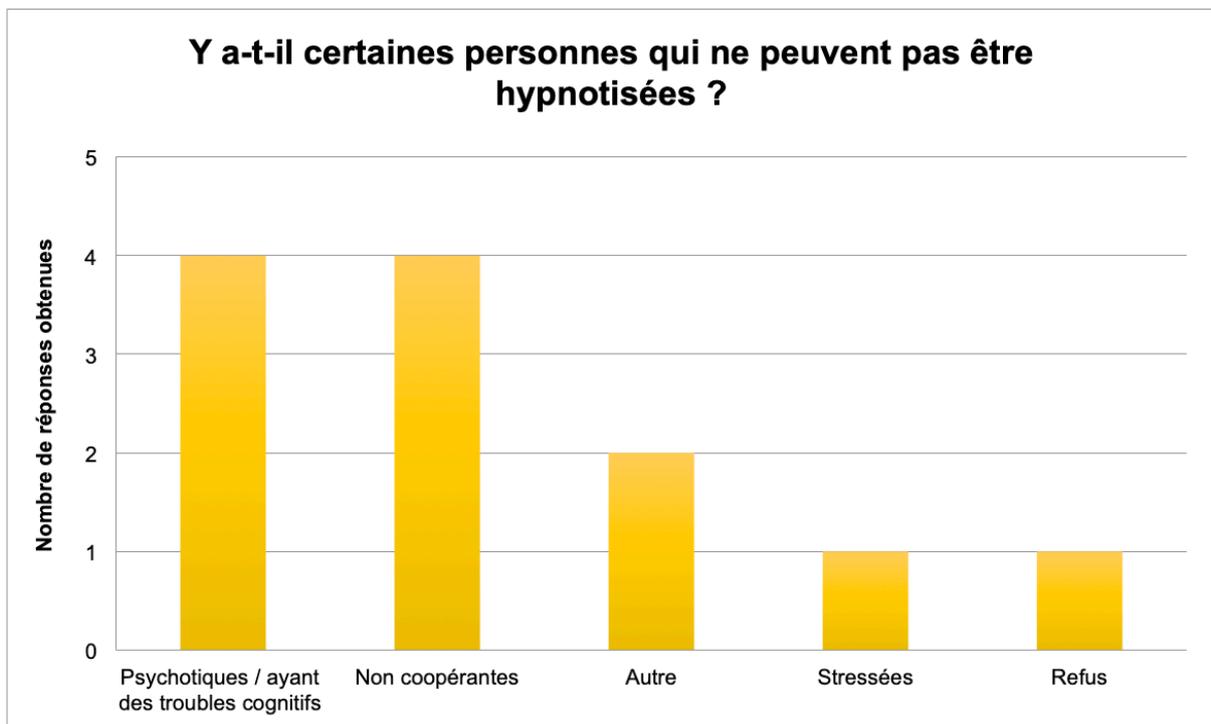


Figure 43 : Y a-t-il certaines victimes qui ne peuvent pas être hypnotisées ?

Quatre réponses mettent en avant la difficulté d'hypnotiser les personnes psychotiques (schizophrènes, bipolaires) et celles souffrants de troubles cognitifs. Quatre autres réponses évoquent les personnes non coopérantes en soulignant leur manque d'adhésion. Une réponse exprime le refus catégorique de l'hypnose.

Un SP mentionne l'état de stress compliquant ainsi la pratique de l'hypnose.

Les 2 réponses de la catégorie « autre » précisent que « tout le monde peut être réceptif à l'hypnose » mais que cela dépend de la situation et de certains facteurs tels que les circonstances de l'accident, l'entourage, le lieu, le bruit, etc.



Figure 44 : Votre pratique a-t-elle déjà atteint ses limites ?

Parmi les 8 réponses obtenues, il est notable que la majorité des SP a déjà ressenti des limites dans leur pratique.

En revanche, pour la réponse « non », la personne a précisé que si la pratique ne convient pas à la victime, il conviendra de s'adapter et de rechercher d'autres alternatives.

### 3.3. Retours d'expériences

Voici trois situations qui ont été partagées par les personnels du SDIS ayant répondu à mon questionnaire.

« Luxation d'épaule sur terrain de motocross, jeune de 20 ans. Relevage, conditionnement. Douleur intense à chaque vibration du VSAV, impossible à calmer. Induction hypnotique en moins de 5 mn. Patient calme, sans douleur. L'absence de douleur est objectivée par une baisse du pouls et de la tension artérielle surveillée en continu. 45 minutes de transport vers l'hôpital. Aux urgences, luxation réduite sans anesthésie ».

« Plaie importante de la paume de main, 4 points de suture nécessaire. 3 non sentis mais le 4<sup>ème</sup> oui quand le médecin a parlé et a sorti la victime de sa transe... ».

« Un jeune homme de 13 ans qui s'est luxé la rotule au collège. Je pars en infirmière avec un collègue conducteur de mon centre de secours. Nous allons sur un secteur différent du mien. Par téléphone le médecin m'explique comment remettre la rotule. Je suis septique je n'ai jamais fait ce geste et je commence à me dire je vais lui administrer du Perfalgan avant. Je n'ose pas utiliser l'hypnose car je ne connais pas les autres pompiers et je ne suis pas très à l'aise. Mon collègue s'approche et me dit à l'oreille « Pourquoi tu ne lui fais pas de l'hypnose ? » et je lui réponds « Oui c'est vrai, tu as raison ». Et nous voilà parti en plein match de foot sous hypnose et j'effectue le geste sur la rotule qui se remet à sa place ».

### **3.4. Discussion**

#### **3.4.1. Biais de l'étude**

Un des premiers biais de cette étude réside dans le faible taux de réponses malgré l'envoi de centaine de mails pour solliciter tous les SDIS. Ma demande n'a sûrement pas été assez relayée dans les différents centres de secours présents dans chaque département.

Parmi les nombreuses réponses négatives, la plupart des personnes ont exprimé leur intérêt pour cette pratique. Il s'agit d'un procédé encore peu répandu dans les SDIS, mais qui pourrait connaître une évolution positive au cours des prochaines années. En effet, certains SDIS, comme le SDIS 66 et le SDIS 86, envisagent de proposer une formation d'hypnose à leur personnel, principalement aux ISP et aux secouristes.

De même que pour le questionnaire précédant, l'anonymat des réponses empêche toute confirmation de leur exactitude.

La formulation des questions ainsi que la prédominance de questions ouvertes peuvent également constituer des biais potentiels.

#### **3.4.2. Discussion des résultats**

L'utilisation de l'hypnose au sein des SDIS demeure encore peu répandue. Néanmoins, les quelques résultats obtenus montrent que les SP qui pratiquent l'hypnose exercent dans le domaine de la santé (5 des 9 répondants sont des ISP).

Pour certains, leur profession médicale leur a permis de découvrir cette pratique en situation d'urgence. D'autres en ont pris connaissance par le biais de publications, de congrès, mais aussi par leur expérience personnelle.

Au sujet de sa fréquence d'utilisation, celle-ci est variable. Deux SP y ont recours plusieurs fois par jour, 3 plusieurs fois par semaine tandis qu'un ne l'utilise que quelques fois par an. Cette dernière est difficile à évaluer aux seins des SDIS car les interventions sont diverses et variées et ne concernent pas toutes du secours à personne. De plus, selon les casernes, les rotations de gardes ne sont pas organisées de la même manière, certaines impliquent une permanence de plusieurs jours par semaine, tandis que d'autres se limitent à quelques fois dans le mois.

Toutefois, la formation en hypnose revêt un intérêt majeur pour les SP car il s'agit d'un outil complémentaire aux gestes de secourisme, permettant d'élargir leurs pratiques professionnelles.

Concernant les formations suivies, elles sont diverses et semblables à celles mentionnées par les répondants du questionnaire précédant. Nous pouvons citer l'Institut Émergence, l'Institut Milton Erickson, l'École Psynapse ou encore la réalisation d'un DU. Il semble important de souligner que 2 SP n'ont pas suivi de formation officielle mais ont acquis leurs compétences par l'apprentissage et la pratique en collaboration avec des collègues formés et exerçant l'hypnose.

Au sein du SDIS 67, Madame Colas-Nguyen sage-femme et ISPV est à l'origine du programme PHOEBE (*Pain coverage by Hypnosis and Optimization of Emotional Behaviour in Emergency*), un module de trois jours qui forme aux techniques hypnotiques dans le cadre du secours à personnes. Elle est spécialisée dans la prise en charge des urgences pré-hospitalières via l'hypnose de terrain destinée à tous les acteurs de l'urgence médicale immédiate ou du secourisme. Cette formation à l'hypnose opérationnelle est proposée par son organisme « Double Lien » majoritairement dans le Bas-Rhin, mais peut s'étendre à l'échelle nationale et internationale (63). En étant membre actif de la Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies Brèves et grâce à sa participation aux différentes conférences et séminaires en hypnose, cet organisme tend à se faire connaître de plus en plus.

Bien que les résultats ne soient pas représentatifs, nous pouvons constater que la pratique de l'hypnose s'étend à différents départements de la France. Les régions Bourgogne-Franche-Comté et Bretagne sont celles ayant enregistré le plus de participants (3 respectivement).

Ce programme PHOEBE devrait encourager la formation d'un plus grand nombre de SP au niveau national dans les années à venir. Et par l'obligation de formation continue en caserne, l'intégration de l'hypnose dans les pratiques professionnelles pourrait sans doute être facilitée.

Concernant les mises à niveau, elles sont effectuées par 4 SP annuellement et 3 n'en font pas, par manque de temps. Cependant, il est essentiel pour la majorité d'entre eux de suivre une formation continue, de pratiquer le plus possible pour maintenir les acquis et surtout d'échanger avec les collègues pour partager leurs expériences. Un SP a mentionné se perfectionner de manière individuelle au moyen d'avancées scientifiques ou en assistant à des colloques.

Comme évoqué dans la partie des résultats, les infirmiers du SDIS 35 ont suivi une formation de 5 jours, axée sur l'hypnose et la communication thérapeutique. En outre, des sessions mensuelles de maintien des acquis et de la pratique sont organisées et supervisées par le cadre supérieur de santé ayant répondu au questionnaire.

En tant qu'« outil d'analgésie non médicamenteux », l'hypnose s'avère intéressante pour son efficacité et sa rapidité d'utilisation. Il est à noter que le temps nécessaire pour induire l'état hypnotique varie selon l'intervention, mais pour 4 SP, il demeure relativement court, entre 5 et 10 minutes.

Comme vu dans l'étude précédente, l'hypnose peut être appliquée dans un grand nombre de situations. Son intérêt dans la gestion de la douleur et des émotions est mentionné par la majorité des SP. Cette pratique, outre son caractère non invasif, permet de rassurer en cas d'angoisse, de peur, de stress élevé, souvent rencontrés lors des interventions et pouvant potentiellement aggraver l'état de la victime.

Des situations précises auxquelles les pompiers font souvent face ont été rapportées. Il s'agit d'opérations de désincarcérations pouvant être longues et stressantes, obligeant la victime à patienter dans une position algique aiguë. Les brancardages compliqués, chez une victime présentant une fracture du col du fémur par exemple, peuvent parfois nécessiter l'utilisation de l'hypnose.

Dans ces circonstances, le secouriste cherche à établir un lien étroit avec la victime dans le but de détourner son attention de la situation traumatisante qu'elle traverse (64).

L'amélioration de la prise en charge des victimes est ainsi constatée par la plupart des SP interrogés. Un « apaisement global » chez la victime et une « réduction du stress » sont observés. Un pompier a souligné que son discours envers les victimes est devenu « plus positif et plus sécurisant » depuis sa formation à l'hypnose. Une diminution des doses de sédatifs et d'antalgiques utilisés et donc, une atténuation des effets secondaires et des complications possibles sont constatés. La victime devient ainsi plus compliant et l'intervention se passe beaucoup mieux.

Son utilisation est observée de manière uniforme dans presque toutes les classes d'âge, de 18 ans à plus de 60 ans. La tranche d'âge la moins citée est celle qui concerne les moins de 18 ans, comme pour le questionnaire précédant.

Je n'ai pas trouvé de données nationales mentionnant le pourcentage d'interventions chez les mineurs. Toutefois, un DU sur les interventions pédiatriques (65) réalisées au sein du SDIS 63 au cours des années 2016 et 2017 rapporte que seuls 5 % des interventions impliquent un enfant de 0 à 12 ans. Bien que ce chiffre ne soit pas directement comparable avec notre étude, car elle inclut les enfants jusqu'à 18 ans, il peut tout même expliquer ces résultats.

Plusieurs méthodes pour induire la transe hypnotique sont évoquées et comprennent l'induction par la « safe place », la focalisation d'un point, l'hypnose conversationnelle et les exercices de respiration et de détente. Il est souligné l'importance du contact créé avec la victime.

L'ISPV Cécile Colas-Nguyen précise « Ce sont des techniques verbales, gestuelles, respiratoires, qui visent à apaiser la douleur et l'anxiété, mais ne doivent évidemment pas se substituer aux gestes classiques du secourisme » (64).

Enfin, la plupart des SP ont déjà éprouvé des limites dans leur pratique. Une personne a spécifié ne pas utiliser l'hypnose lorsqu'elle ne se sent pas à l'aise avec le patient et une autre a répondu que « ces limites étaient en réalité les miennes ». Ces obstacles pourraient être surmontés en pratiquant davantage ou en bénéficiant de plus de formations. En effet, une pratique plus régulière peut favoriser l'aisance et la confiance en soi.

Par ailleurs, les limites relevées concernant les patients sont les mêmes que celles du premier questionnaire. Les réponses évoquent en majorité l'impossibilité d'hypnotiser les personnes psychotiques et celles souffrant de troubles cognitifs,

ainsi que les victimes non coopérantes. Il est primordial que le patient collabore pour induire la transe hypnotique.

La réceptivité à l'hypnose constitue également une limite pour les SP, car elle peut être influencée par le niveau de confiance de la victime envers le secouriste. Celle-ci est aussi dépendante de facteurs tels que les circonstances de l'accident, l'entourage, le lieu, le bruit environnant etc. Pourtant, Madame Colas- Nguyen précise que l' « on peut aider la victime à faire abstraction de ce qui se passe autour d'elle. Et le bip-bip des appareils médicaux peut même nous aider à fixer son attention pour mieux l'emmener ailleurs » (64).

## CONCLUSION

THÈSE SOUTENUE PAR : Léa SKUBIS

TITRE : L'UTILISATION DE L'HYPNOSE DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

### CONCLUSION :

L'hypnose a évolué au cours des époques et connaît une expansion dans le système de soin depuis quelques années. Ses indications médicales sont nombreuses et son efficacité est reconnue.

Les deux enquêtes menées à l'échelle nationale ont permis d'évaluer l'intérêt de l'hypnose dans les situations d'urgence, son apport et ses limites dans la pratique des professionnels de santé et des sapeurs-pompiers.

Bien que les résultats des questionnaires ne soient pas représentatifs sur l'ensemble du territoire, l'hypnose semble contribuer à l'amélioration des pratiques médicales et du secourisme, dans ces contextes particulièrement délicats.

Contrairement aux idées reçues, elle trouve pleinement sa place dans les situations d'urgence. De nombreux centres hospitaliers ainsi que certains SDIS bénéficient de personnels formés, qui intègrent l'hypnose dans leurs pratiques quotidiennes.

Les situations pour lesquelles l'hypnose est employée sont nombreuses, mais les principales indications rapportées concernent la gestion de la douleur et des émotions. Une amélioration générale dans la prise en charge est constatée par une grande majorité des répondants.

L'hypnose se révèle être un outil qui facilite la communication et les échanges avec les patients. L'alliance thérapeutique créée permet au patient de se sentir écouté, en confiance et de lui donner accès à des ressources qu'il ne soupçonnait pas avoir.

L'hypnose offre un gain de temps précieux dans les interventions d'urgence, simplifiant les soins et apportant une expérience plus confortable pour le patient. Ainsi, la situation est appréhendée plus sereinement, tant pour l'intervenant que pour le patient.

Il est important de rappeler que cette pratique ne remplace pas entièrement les agents thérapeutiques, mais elle contribue à réduire leur utilisation, voire de supprimer leur usage.

Malgré ses nombreux avantages, l'hypnose présente toute de même quelques limites, parfois liées aux patients. C'est le cas de ceux souffrant de démences ou de troubles psychotiques pour qui la pratique pourrait s'avérer dangereuse. Certains refusent catégoriquement l'hypnose tandis que d'autres ne sont pas réceptifs, trop anxieux ou douloureux pour y répondre favorablement.

Par ailleurs, les praticiens rencontrent parfois des obstacles en raison d'un manque de technique, de compétence ou de créativité, qui compromettent l'efficacité des suggestions thérapeutiques.

Il est essentiel pour la majorité d'entre eux de suivre une formation continue, de pratiquer régulièrement et d'échanger avec leurs collègues pour partager leurs expériences et leurs connaissances. Cela leur permet de maintenir leurs acquis et de gagner de confiance en eux.

On dénote également des contraintes liées au contexte de l'urgence, telles que les sollicitations sensorielles dues aux perturbations sonores ou à l'affluence de personnes à proximité.

Cependant, certaines d'entre elles pourraient être levées, en les transformant en atout lors de la prise en charge.

L'hypnose est donc un outil précieux s'intégrant facilement à la pratique des professionnels de santé et des sapeurs-pompiers en situation d'urgence. Il est essentiel de rappeler que tout praticien doit exercer dans son domaine de compétences, tout en respectant les attentes et les besoins du patient pour pratiquer de manière efficace, rapide et sécurisée.

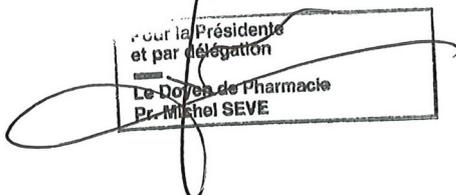
Des obstacles à l'emploi de l'hypnose sont notables mais par tous les apports bénéfiques procurés par sa pratique, il serait intéressant de développer davantage son utilisation dans les services hospitaliers et au sein des SDIS à l'échelle nationale.

### VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 14/03/24

LE DOYEN DE LA FACULTÉ  
DE PHARMACIE

Pr Michel SÈVE



LA DIRECTRICE DE THÈSE

Dr Catherine GILLY

## BIBLIOGRAPHIE

7. Philippe AÏM. L'hypnose en situation d'urgence. Vuibert. 2021. 256 p.
9. Frédérique Robin. Hypnose - Processus, suggestibilité et faux souvenirs. De Boeck. 2013. 170 p.
22. Antoine Bioy, Thierry Servillant. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Dunod. 2020. 288 p.
23. Rémi Etienne. La boîte à outils de l'hypnose dans les soins : 60 outils clés en main. Dunod. 2021. 345 p.
25. Elisabeth Barbier et Rémi Etienne. Aide-mémoire : Hypnose en soins infirmiers. 2e édition. Dunod. 2020. 408 p.
26. Claude Virost et Franck Bernard. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. 2<sup>ème</sup> édition. Arnette. 2018. 384 p.
29. Serge Perrot. Livre officiel du collège. Douleur, soins palliatifs et accompagnement – 5<sup>ème</sup> édition. MED-LINE Éditions. septembre 2021. 436 p.
30. Marie – Jo Brennstuhl, Fanny Marteau – Chasserieau. Aide-mémoire. L'alliance thérapeutique en 66 notions. Dunod. 22 sept. 2021. 352 p.
36. Franck Bernard, Hervé Musellec. La communication dans le soin : Hypnose médicale et techniques relationnelles. 2<sup>ème</sup> édition. Arnette. 2020. 224 p.
41. Arnaud Gouchet. La boîte à outils de l'hypnose en anesthésie – réanimation : 59 outils clés en main. Dunod. 2021. 224 p.
42. Gérard Salem, Éric Bonvin. Soigner par l'hypnose. 5<sup>ème</sup> édition. Elsevier Masson. 2012. 352 p.
45. Antoine Bioy, Pascal - Henri Keller. Hypnose clinique et principe d'analogie – Fondements d'une pratique psychothérapeutique. De Boeck. 2009. 212 p.
46. Patrick Bellet. L'hypnose. Odile Jacob. Mars 2002. 288 p.
47. Hippolyte Bernheim. De la suggestion. SHS Éditions. Mars 2023. 188 p.
48. Roland Jaccard. Freud. Presse universitaire de France. 2009. 128 p.
49. Steve Masson, Grégoire Borst. Méthodes de recherche en neuroéducation. Presse de l'université du Québec. 2018. 330 p.
51. Isabelle Célestin-Lhopiteau, Antoine Bioy, Marie – Elisabeth Faymonville. Aide-mémoire hypnoalgésie et hypnosédation en 45 notions. 2<sup>ème</sup> édition. Dunod. 2020. 403 p.
52. Grégory Tosti. Le grand livre de l'hypnose. 2<sup>ème</sup> édition. Eyrolles. 2023. 450 p.

## SITOGRAPHIE

1. Institut Français d'Hypnose Humaniste et Ericksonienne. [Internet]. Définition de Milton Erickson. [cité 22 nov 2022]. Définition de la British Medical Association. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur :  
<https://hypnose-ericksonienne.com/fr/sinformer/lhypnose/>
2. Dictionnaire médical de l'académie de médecine version 2023. [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur :  
<https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=urgence>
3. Institut Français d'Hypnose. [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur :  
<https://www.hypnose.fr/hypnose/definition-hypnose/>
4. Sapeurs – Pompiers de France. [Internet]. Organisation. [cité 20 oct 2022]. Service de santé et de secours médical [cité 14 mai 2023]. Disponible sur :  
<https://www.pompiers.fr/>
5. Ministère de la santé et de la prévention. SAMU / SMUR. [Internet]. [cité 28 oct 2022]. Disponible sur :  
<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/samu-smur>
6. Evaluation de l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente. Rapport définitif datant de juin 2014. – IGAS, rapport n°2013-182R / IGA n°14063-13128-01. [Internet]. [cité 20 oct 2022]. Disponible sur :  
[https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/organisation\\_secours\\_a\\_personne.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/organisation_secours_a_personne.pdf)
8. Code de la Santé Publique. Article L6311-1 sur l'aide médicale urgente. Version en vigueur depuis le 27 novembre 2021. [Internet]. [cité 31 janv 2023]. Articles R6311 – 1 et R6311 – 2. Sous-section 1 : Missions des services d'aide médicale urgente. [cité 15 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
10. Manuel MSD. Version pour les professionnels de santé. Revue générale des fonctions cérébrales. [Internet]. [cité 22 nov 2022]. Version pour le grand public. Cerveau. [cité 25 sep 2023]. Disponible sur :  
<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/fonction-et-dysfonctionnement-des-lobes-cerebraux/revue-generale-des-fonctions-cerebrales>
11. Larousse. Article sur le cortex cérébral extrait de l'ouvrage « Larousse Médical ». [Internet]. [cité 23 nov 2022]. Disponible sur :  
[https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/cortex\\_cerebral/12205](https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/cortex_cerebral/12205)

12. Institut Français d'Hypnose. Mesurer l'hypnose : Pourquoi et comment ? Par Didier Michaux. [Internet]. [cité 11 dec 2023]. Disponible sur : [https://www.hypnose.fr/wp-content/uploads/2018/02/mesure\\_hypnose\\_formes\\_hypnose.pdf](https://www.hypnose.fr/wp-content/uploads/2018/02/mesure_hypnose_formes_hypnose.pdf)
13. Pédiadol. La douleur de l'enfant. [Internet]. Échelle EVENDOL [cité 21 janv 2023]. Étude prospective de validité de l'échelle comportementale de douleur EVENDOL en situation pré-hospitalière [cité 21 janv 2023]. Échelle des visages [cité 24 janv 2023]. Composantes de la douleur [cité 22 fev 2023]. Disponible sur : <https://pediadol.org/>
14. SFETD. [Internet]. Recommandations d'utilisation EVA pédiatrique [cité 21 janv 2023]. Recommandations d'utilisation EVS [cité 24 janv 2023]. Recommandations d'utilisation EN [cité 24 janv 2023]. Recommandations d'utilisation Algopus [cité 23 fev 2023]. Recommandations d'utilisation ECPA. [cité 24 fev 2023]. Disponible sur : <https://www.sfetd-douleur.org>
15. HAS. Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur. [Internet]. [cité 21 janv 2023]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-01/liste\\_echelles\\_acceptees\\_2022.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-01/liste_echelles_acceptees_2022.pdf)
16. SDIS de l'Isère. [Internet]. Données publiques et organisation opérationnelle / Le SDIS de l'Isère [cité 25 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.sdis38.fr>
17. Wikipédia. Échelle de Glasgow. [Internet]. [cité 25 janv 2023]. Disponible sur : [https://fr.wikipedia.org/wiki/Échelle\\_de\\_Glasgow#cite\\_ref-1](https://fr.wikipedia.org/wiki/Échelle_de_Glasgow#cite_ref-1)
18. Société Française de Médecine d'Urgence. Évaluation de la douleur. Chapitre 54. [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur : [https://www.sfmou.org/upload/70\\_formation/02\\_formation/02\\_congres/Urgences/urgences2007/donnees/pdf/54\\_vin.pdf](https://www.sfmou.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2007/donnees/pdf/54_vin.pdf)
19. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation et Société Française de Médecine d'Urgence. Réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999. Sédation et Analgésie en structure d'urgence. [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur : [https://sfar.org/wp-content/uploads/2016/01/2\\_AFAR\\_Sedation-analgésie-en-structure-d-urgence.pdf](https://sfar.org/wp-content/uploads/2016/01/2_AFAR_Sedation-analgésie-en-structure-d-urgence.pdf)
20. IASP. *Part III : Pain Terms : A Current List with Definitions and Notes on Usage*. [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur :

<https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/classification-of-chronic-pain-second-edition-revised/>

21. Larousse. Définition de la conscience. [Internet]. [cité 27 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/conscience/18331>

24. Larousse. Définition de l'hypnose. [Internet]. [cité 31 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hypnose/41134>

27. Larousse. Définition de la douleur. [Internet]. [cité 01 fev 2023]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/douleur/26637>

28. HAS. Recommandations. Douleur chronique : connaître le syndrome douloureux chronique : l'évaluer et orienter le patient. [Internet]. [cité 01 fev 2023]. Disponible sur :

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur\\_chronique\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf)

31. HAS. Écoute active. [Internet]. [cité 04 fev 2023]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil\\_12\\_ecoute\\_active.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil_12_ecoute_active.pdf)

32. Association Nationale des Infirmiers de Sapeurs – Pompiers. [Internet]. Les missions du SSSM. [cité 01 mars 2023]. Les Pharmaciens de Sapeurs – Pompiers. [cité 01 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.infirmiersapeurpompier.com/sssm-au-sein-des-sapeurs-pompiers/>

33. Code général des collectivités territoriales : sous – section 5 : sous – direction santé. Article R1424 – 24. [Internet]. [cité 01 mars 2023]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070633/LEGISCTA000006192597/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070633/LEGISCTA000006192597/)

34. CHU Grenoble Alpes. SAMU – SMUR. [Internet]. [cité 01 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.chu-grenoble.fr/content/samu-smur>

35. SDIS de l'Isère. Présentation de l'organisation et du fonctionnement du SDIS de l'Isère. Version 2023. [Internet]. [cité 07 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.calameo.com/books/0058804209621c0d1e388>

37. HAS. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. [Internet]. [cité 14 mai 2023]. Disponible sur :

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics\\_regulation\\_medicale.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_regulation_medicale.pdf)

38. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les établissements de santé – Fiche 25 sur la médecine d'urgence. [Internet]. [cité 14 mai 2023]. Disponible sur :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2025%20-%20La%20médecine%20d'urgence.pdf>

39. Les statistiques des services d'incendies et de secours. Édition 2022. [Internet]. [cité 20 mai 2023]. Disponible sur :

[https://mobile.interieur.gouv.fr/Publications/Statistiques/Securite-civile/2021#:~:text=Au%2031%20décembre%202021%2C%20on,13%20200%20militaires%20\(5%25\)](https://mobile.interieur.gouv.fr/Publications/Statistiques/Securite-civile/2021#:~:text=Au%2031%20décembre%202021%2C%20on,13%20200%20militaires%20(5%25))

40. HAS. Recommandation de bonne pratique. Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale. [Internet]. [cité 27 mai 2023]. Disponible sur :

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_784119/fr/prescription-medicamenteuse-par-telephone-ou-teleprescription-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale](https://www.has-sante.fr/jcms/c_784119/fr/prescription-medicamenteuse-par-telephone-ou-teleprescription-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale)

43. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Hypnose et anesthésie en 2019 : état de l'art. [Internet]. [cité 12 juillet 2023]. Disponible sur : <https://sfar.org/download/hypnose-et-anesthesie-en-2019-etat-de-lart/?wpdmdl=24829&refresh=63d29a8a5e4bc1674746506>

44. Larousse. Définition de la communication. [Internet]. [cité 27 juil 2023]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

50. Vidal en ligne. TEP. [Internet]. [cité 01 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/sante/examens-tests-analyses-medicales/tomographie-emission-positons-petscan.html>

53. HAS. Guide méthodologique. SAMU : améliorer la qualité et la sécurité des soins. [Internet]. [cité 19 janv 2024]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics\\_regulation\\_medicale.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_regulation_medicale.pdf)

54. HAS. Évaluation de la prise en charge des urgences, SAMU, SMUR et soins critiques selon le référentiel de certification. [Internet]. [cité 19 janv 2024]. Disponible sur :

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche\\_pedagogique\\_urgences\\_samu\\_smur.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_urgences_samu_smur.pdf)

55. LinkedIn. Centre hospitalier de Pau. [Internet]. [cité 4 fev 2024]. Disponible sur : [https://fr.linkedin.com/posts/centre-hospitalier-de-pau\\_hypnose-m%C3%A9dicale-activity-7087445990034522113-URou](https://fr.linkedin.com/posts/centre-hospitalier-de-pau_hypnose-m%C3%A9dicale-activity-7087445990034522113-URou)
56. UGA. Catalogue 2021 – 2025. [Internet]. [cité 4 fev 2024]. Disponible sur : <https://formations.univ-grenoble-alpes.fr/fr/catalogue-2021/du-diplome-d-universite-DU/diplome-d-universite-hypnose-therapeutique-et-medicale-pour-les-professionnels-de-sante-IOWSXX8Y.html>
57. CHU de Grenoble. Catalogue. [Internet]. [cité 4 fev 2024]. Disponible sur : <https://chuga-fc.epsilon-informatique.net/FormeisFC/Extranet/index.php?mod=3&ni=5d5196e378d1f1eb6395bf416584a2f1>
58. IFH. Les formations. [Internet]. [cité 5 fev 2024]. Disponible sur : <https://www.hypnose.fr/nos-formations/formation-hypnose-medicale/>
59. Pubmed. Peebles-Kleiger MJ. The use of hypnosis in emergency medicine. *Emerg Med Clin North Am.* 2000 May;18(2):327-38. [Internet]. [cité 15 fev 2024]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10767888/>
60. Pubmed. Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, Logan H, Spiegel D. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet.* 2000 Apr 29;355(9214):1486-90. [Internet]. [cité 15 fev 2024]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10801169/>
61. Pubmed. Deltito JA. Hypnosis in the treatment of acute pain in the emergency department setting. *Postgrad Med J.* 1984 Apr;60(702):263-6. [Internet]. [cité 15 fev 2024]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2417820/pdf/postmedj00122-0024.pdf>
62. Pubmed. Kenneth V Iserson. Hypnosis for pediatric fracture reduction. *The Journal of Emergency Medicine.* Volume 17, Issue 1, 1999. jan;17(1):53–6. . [Internet]. [cité 15 fev 2024]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0736467998001140>
63. Double lien. Hypnose et secourisme. [Internet]. [cité 16 fev 2024]. Disponible sur : <https://doublelien.fr/hypnose-et-secourisme-p-h-o-e-b-e/>
64. 20 minutes.fr. Les pompiers utilisent l’hypnose pour apaiser les victimes. [Internet]. [cité 16 fev 2024]. Disponible sur :

<https://www.20minutes.fr/societe/1166341-20130602-20130602-alsace-pompiers-essaient-a-hypnose-apaiser-victimes>

65. Diplôme Inter-Universitaire des Services de Santé et de Secours Médical des Services Départementaux d'Incendie et de Secours. Les interventions pédiatriques : Quelle horreur ! [Internet]. [cité 16 fev 2024]. Disponible sur : <file:///Users/leaskubis1/Downloads/CATINAUD-les-interventions-pediatriques-quelle-horreur-1.pdf>

## ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire d'enquête partagé aux services d'urgence sous un format *Google Forms*

### QUESTIONNAIRE SUR LA PRATIQUE DE L'HYPNOSE DANS UN SERVICE D'URGENCE

« *Bonjour,*

*Je m'appelle Léa Skubis et je suis étudiante en 6<sup>ème</sup> année de pharmacie, en filière officine à la faculté de Grenoble. Dans le cadre de ma thèse sur l'utilisation de l'hypnose dans les situations d'urgence, j'ai élaboré un questionnaire afin d'évaluer la pratique de l'hypnose dans un service d'urgence. Ce questionnaire s'adresse donc aux personnes pratiquant l'hypnose et est entièrement anonyme. Le temps de réponse est estimé à moins de 5 minutes.*

*Merci d'avance pour votre participation. »*

- 1) Quel est votre métier ? .....
- 2) Dans quel département exercez-vous ? .....
- 3) Quelle formation avez-vous suivie pour pratiquer l'hypnose dans votre service ?..
- 4) Comment se passe cette formation et combien de temps dure-t-elle ? .....
- 5) Faites-vous des mises à niveau dans l'année ?
  - Oui
  - Non
  - Autre : .....
- 6) Si oui, détaillez, si non, pensez-vous qu'il serait important de bénéficier de formations supplémentaires pour maintenir vos acquis ? .....
- 7) Pourquoi avez-vous choisi de vous former à l'hypnose ? .....
- 8) À quelle fréquence avez-vous recours à l'hypnose ?
  - 1 fois par semaine
  - Plusieurs fois par semaine
  - 1 fois par jour
  - Plusieurs fois par jour
  - Autre : .....

- 9) Sentez-vous une amélioration dans la prise en charge ou dans l'approche des patients ? (détailler) .....
- 10) D'après votre expérience, quelles situations nécessitent le recours à l'hypnose ? (citer quelques exemples) .....
- 11) Comment procédez-vous ? (Décrivez les étapes types permettant de mettre le patient en état hypnotique) .....
- 12) Combien de temps mettez-vous pour "hypnotiser" un patient ?
- 5-10 min
  - 15-20 min
  - 25-30 min
  - > 30 min
  - Autre : .....
- 13) Quel est l'âge moyen des patients sur lesquels vous pratiquez le plus l'hypnose ? (plusieurs réponses possibles)
- < 18 ans
  - 18-25 ans
  - 30-40 ans
  - 40-50 ans
  - > 60 ans
- 14) Y a-t-il certaines personnes qui ne peuvent pas être hypnotisées ? Si oui, pourquoi ? .....
- 15) Avez-vous déjà eu le sentiment que votre pratique atteignait ses limites ? (détailler) .....
- 16) Pouvez-vous me partager une situation d'hypnose qui vous a le plus marqué ? (par son contexte, par sa difficulté ou son originalité..) .....

Annexe 2. Questionnaire d'enquête partagé aux SDIS de France sous un format *Google Forms*.

## QUESTIONNAIRE SUR LA PRATIQUE DE L'HYPNOSE DANS LES SDIS

« *Bonjour,*

*Je m'appelle Léa Skubis et je suis étudiante en 6<sup>ème</sup> année de pharmacie à la faculté de Grenoble. Je suis également sapeur-pompier volontaire à la caserne de Meylan dans le SDIS 38. Dans le cadre de ma thèse sur l'utilisation de l'hypnose dans les situations d'urgence, j'ai élaboré un questionnaire afin d'évaluer la pratique de l'hypnose lors de situations pouvant être parfois difficiles en interventions. Ce questionnaire s'adresse donc aux personnes pratiquant l'hypnose et/ou la communication thérapeutique et est entièrement anonyme. Le temps de réponse est estimé à moins de 5 minutes.*

*Merci d'avance pour votre participation. »*

- 1) Quel est votre grade ? .....
- 2) Dans quel département exercez-vous ? .....
- 3) Dans quel cadre avez-vous pris connaissance de cette pratique dans des situations d'urgence ? .....
- 4) Quelle formation avez-vous suivie pour pratiquer l'hypnose ? .....
- 5) Comment se passe cette formation et combien de temps dure-t-elle ? .....
- 6) Faites-vous des mises a niveau dans l'année ?
  - Oui
  - Non
  - Autre : .....
- 7) Si oui, détaillez, si non, pensez-vous qu'il serait important de bénéficier de formations supplémentaires pour maintenir vos acquis ? .....
- 8) Pourquoi avez-vous choisi de vous former à l'hypnose ? .....
- 9) A quelle fréquence avez-vous recours à l'hypnose ?
  - 1 fois par semaine
  - Plusieurs fois par semaine
  - 1 fois par jour
  - Plusieurs fois par jour

- Autre : .....
- 10) Sentez-vous une amélioration dans la prise en charge ou dans l'approche des victimes ? (détailler) .....
- 11) D'après votre expérience sur le terrain, quelles situations nécessitent le recours à l'hypnose ? (citer quelques exemples) .....
- 12) Comment procédez-vous ? (Décrivez brièvement les étapes types permettant de mettre la victime en état hypnotique) .....
- 13) Combien de temps mettez-vous pour "hypnotiser" une victime ?
- 5-10 min
  - 15-20 min
  - 25-30 min
  - > 30 min
  - Autre : .....
- 14) Quel est l'âge moyen des personnes sur lesquelles vous pratiquez le plus l'hypnose ? (plusieurs réponses possibles)
- < 18 ans
  - 18-25 ans
  - 30-40 ans
  - 40-50 ans
  - > 60 ans
- 15) Y a-t-il certaines personnes qui ne peuvent pas être hypnotisées ? Si oui, pourquoi ? .....
- 16) Avez-vous déjà eu le sentiment que votre pratique atteignait ses limites ? (détailler) .....
- 17) Pouvez-vous me partager une situation d'hypnose qui vous a le plus marqué ? (par son contexte, par sa difficulté ou son originalité...) .....

### Annexe 3. Échelle EVENDOL (13)

**Evaluation  
Enfant  
Douleur**

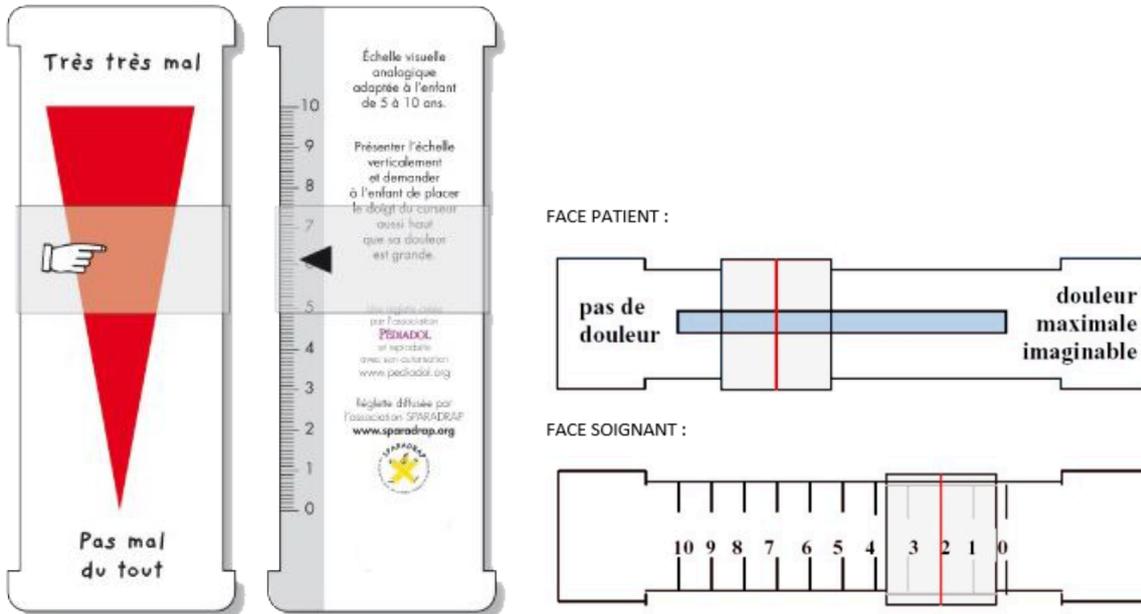
Echelle validée de la naissance à 7 ans.  
Score de 0 à 15,  
seuil de traitement 4/15.

Notez tout ce que vous observez... même si vous pensez que les signes ne sont pas dus à la douleur, mais à la peur, à l'inconfort, à la fatigue ou à la gravité de la maladie.

Nom	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Antalgique		Evaluations suivantes					
					Evaluation à l'arrivée		Evaluations après antalgique <sup>3</sup>					
					ou repos <sup>1</sup> ou calme (R)	à l'examen <sup>2</sup> ou la mobilisation (M)	R	M	R	M	R	M
Expression vocale ou verbale												
pleure et/ou crie et/ou gémit et/ou dit qu'il a mal	0	1	2	3								
Mimique												
a le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée	0	1	2	3								
Mouvements												
s'agite et/ou se raidit et/ou se crispe	0	1	2	3								
Positions												
a une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile	0	1	2	3								
Relation avec l'environnement												
peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage	normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3								
Remarques	Score total /15											
	Date et heure											
	Initiales évaluateur											

<sup>1</sup> Au repos ou calme (R) : observer l'enfant avant tout soin ou examen, dans les meilleures conditions possibles de confort et de confiance, par exemple à distance, avec ses parents, quand il joue...  
<sup>2</sup> A l'examen ou la mobilisation (M) : il s'agit de l'examen clinique ou de la mobilisation ou palpation de la zone douloureuse par l'infirmière ou le médecin.  
<sup>3</sup> Réévaluer régulièrement en particulier après antalgique, au moment du pic d'action : après 30 à 45 minutes si oral ou rectal, 5 à 10 minutes si IV. Préciser la situation, au repos (R) ou à la mobilisation (M).  
 Echelle validée pour mesurer la douleur (aiguë ou prolongée avec atonie), de 0 à 7 ans, en pédiatrie, aux urgences, ou SAMU, en salle de réveil, en postopératoire - Référence bibliographique : Archives de Pédiatrie 2006, 13, 922, P129-130. Archives de Pédiatrie 2012, 19, 922, P42-44. Journées Paris Pédiatrie 2009 : 265-276. Pain 2012, 153 : 1573-1582. Contact : elisabeth.fourniercharriere@bct.aphp.fr - © 2011 - Groupe EVENDOL

### Annexe 4. Échelles EVA pédiatrique et adulte (14)



## Annexe 5. Échelle numérique (14)

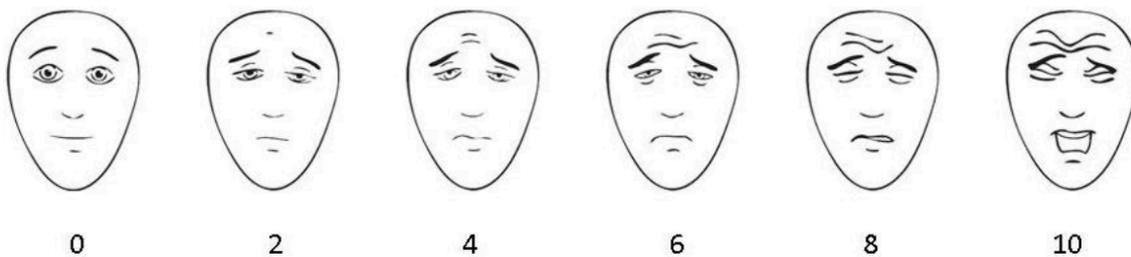


## Annexe 6. Échelle Verbale Simple (14)

Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

<b>Douleur</b> Au moment présent	<b>0</b> absente	<b>1</b> faible	<b>2</b> modérée	<b>3</b> intense	<b>4</b> extrêmement intense
<b>Douleur habituelle</b> Depuis les 8 derniers jours	<b>0</b> absente	<b>1</b> faible	<b>2</b> modérée	<b>3</b> intense	<b>4</b> extrêmement intense
<b>Douleur la plus intense</b> Depuis les huit derniers jours	<b>0</b> absente	<b>1</b> faible	<b>2</b> modérée	<b>3</b> intense	<b>4</b> extrêmement intense

## Annexe 7. Échelle des visages (13)



## Annexe 8. Score de Glasgow (17)

### Ouverture des yeux

Score	Nature de la réponse	Explications
1	Nulle	Aucune ouverture des yeux, même en cas de stimulus douloureux
2	À la douleur	Les yeux sont fermés : ils ne s'ouvrent que quand un stimulus douloureux est pratiqué
3	À la demande	Les yeux sont fermés : ils ne s'ouvrent que quand on demande à la personne de le faire
4	Spontanée	Les yeux sont ouverts, le regard est normal

### Réponse verbale

Score	Nature de la réponse	Explications
1	Nulle	La personne ne parle pas, aucun son ne sort de sa bouche
2	Incompréhensible	La personne n'émet que des grognements, ou marmonne, spontanément ou à la douleur
3	Inappropriée	Les réponses ne correspondent pas aux questions
4	Confuse	La personne commet des erreurs, se répète
5	Normale	La personne peut citer son nom, le lieu, la date...

### Réponse motrice

Score	Nature de la réponse	Explications
1	Nulle	À la stimulation douloureuse : aucune réaction
2	Extension stéréotypée	À la stimulation douloureuse : extension et rotation interne des membres supérieurs, les paumes se tournent vers l'extérieur : <a href="#">décérébration</a>
3	Flexion stéréotypée	À la stimulation douloureuse : flexion de l'avant-bras sur le bras : <a href="#">décortication</a>
4	Évitement	À la stimulation douloureuse : le bras tente de se soustraire à la douleur, mais de manière peu adaptée ou simplement ébauchée (motricité de retrait faible)
5	Orientée	À la stimulation douloureuse : mouvement adapté de retrait, parfois violent (motricité dite localisatrice, de retrait fort)
6	Aux ordres	Spontanément : répond de manière adaptée aux ordres simples

## Annexe 9. Échelle Algopus (14)



**Evaluation de la douleur**

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

**Identification du patient**

Date de l'évaluation de la douleur	...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....	
Heure	.....h.....											
	OUI	NON										
<b>1 • Visage</b> Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
<b>2 • Regard</b> Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
<b>3 • Plaintes</b> « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
<b>4 • Corps</b> Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
<b>5 • Comportements</b> Agitation ou agressivité, agrippement.												
<b>Total OUI</b>	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
<b>Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation</b>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	

## Annexe 10. Échelle ECPA (14)

**SCORE TOTAL DE L'ECHELLE :**

**E.C.P.A. Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Agée non communicante**

**Identifiant patient**

I. Observation avant les soins	II. Observation pendant les soins
<p><b>1. Expression du visage : REGARD et MIMIQUE</b> 0 : Visage détendu 1 : Visage soucieux 2 : Le sujet grimace de temps en temps 3 : Regard effrayé t/ou crispé 4 : Expression complètement figé</p> <p><b>2. POSITION SPONTANEE au repos</b> (recherche d'une attitude ou position antalgique) 0 : Aucune position antalgique 1 : Le sujet évite une position 2 : Le sujet choisit une position antalgique 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur</p> <p><b>3. MOUVEMENT (OU MOBILITE) DU PATIENT</b> (hors et/ou dans le lit) 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* 3 : Immobilité contraire à son habitude* 4 : Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle</p> <p><b>4. RELATION A AUTRUI</b> Il s'agit de toute relation quelqu'en soit le type : regard, geste, expression... 0 : Même type de contact que d'habitude* 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude* 2 : Evite la relation contrairement à l'habitude* 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude* 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude*</p> <p>* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration</p>	<p><b>5. Anticipation ANXIEUSE aux soins</b> 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété 1 : Angoisse du regard, impression de peur 2 : Sujet agité 3 : Sujet agressif 4 : Cris, soupirs, gémissements</p> <p><b>6. Réactions pendant la MOBILISATION</b> 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins</p> <p><b>7. Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES</b> 0 : Aucune réaction pendant les soins 1 : Réaction pendant les soins, sans plus 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses 4 : L'approche des zones est impossible</p> <p><b>8. PLAINTES exprimées PENDANT le soin</b> 0 : Le sujet ne se plaint pas 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui 2 : Le sujet se plaint dès la présence du soignant 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée</p> <p>Date : ..... Heure : .....</p> <p>Nom du cotateur : .....</p>

DS-SG-INF-eval-doc7-v1

## Annexe 11. Articles R6311 – 1 et R6311 – 2 du Code de la Santé Publique - Missions du SAMU (8)

### > [Article R6311-1](#)

Les services d'aide médicale urgente ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence.

Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en oeuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les services d'aide médicale urgente joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en oeuvre par les services d'incendie et de secours.

### > [Article R6311-2](#)

[Modifié par Décret n°2022-631 du 22 avril 2022 - art. 1](#)

Pour l'application de l'article [R. 6311-1](#), les services d'aide médicale urgente :

- 1° Assurent une écoute médicale permanente ;
- 2° Déterminent et déclenchent, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- 3° S'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et font préparer son accueil ;
- 4° Organisent, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé ou dans un lieu de soins au sein du secteur ambulatoire figurant sur la liste arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- 5° Veillent à l'admission du patient.

## Annexe 12. Article R1424 – 24 du Code Général des collectivités territoriales - Missions de la sous – direction santé (33)

### > [Article R1424-24](#)

[Modifié par Décret n°2022-557 du 14 avril 2022 - art. 1](#)

La sous-direction santé exerce, a minima, les missions suivantes :

- 1° La surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers ;
- 2° L'exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers professionnels et de la médecine d'aptitude des sapeurs-pompiers volontaires, dans les conditions prévues à l'article [R. 1424-28](#) ;
- 3° Le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité, notamment auprès de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail du comité social territorial ;
- 4° Le soutien sanitaire des interventions des services d'incendie et de secours et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers ;
- 5° La participation à la formation des sapeurs-pompiers aux secours et aux soins d'urgence aux personnes ;
- 6° La surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service.

En outre, la sous-direction santé participe :

- 1° Aux missions de secours et soins d'urgence aux personnes définies à l'article [L. 1424-2](#) ;
- 2° Aux opérations effectuées par les services d'incendie et de secours impliquant des animaux ou concernant les chaînes alimentaires ;
- 3° Aux missions de prévision, de prévention et aux interventions des services d'incendie et de secours, dans les domaines des risques naturels et technologiques, notamment lorsque la présence de certaines matières peut présenter des risques pour les personnes, les biens ou l'environnement.

## Annexe 13. Modèle d'ordonnance dans le cadre de la régulation médicale (40)

Courrier médical confidentiel, en cas d'erreur d'orientation merci d'appeler  
le n° suivant.....(centre régulateur)

### Ordonnance d'une prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale

#### EXPÉDITEUR

**Adresse du centre de régulation**

N° de téléphone :

N° de fax :

Dr nom et prénom/spécialité

N° identifiant ADELI RPPS

N° inscription au tableau de l'Ordre

*Agissant dans le cadre de la régulation médicale*

N° du dossier de régulation

#### DESTINATAIRE

**Pharmacie nom officine**

Nom et prénom du pharmacien qui réceptionne et valide :

N° d'ordre du pharmacien :

Adresse : adresse officine

Téléphone : n°

Télécopie : n°

**Date et heure de la prescription et durée de validité :****Nom/prénom du patient :**

Adresse : n° et rue code postal ville

âge/sexu du patient :

Poids du patient (indispensable si le patient a &lt; 15 ans) :

---

**Médicaments prescrits pour ..... heures**  
(préciser la durée de la prescription qui ne peut dépasser 72 heures)**Médicament** (nom, dosage et DCI) : posologie, modalités d'administration, durée du traitement**Médicament** (nom, dosage et DCI) : posologie, modalités d'administration, durée du traitement**Médicament** (nom, dosage et DCI) : posologie, modalités d'administration, durée du traitement

Recontacter le médecin régulateur rapidement en cas d'aggravation des symptômes.

Contacter votre médecin traitant si besoin.

Ne pas oublier d'apporter cette ordonnance lors de votre prochaine consultation avec votre médecin traitant.

**Signature du médecin régulateur** prescripteur**Signature du pharmacien**  
qui a réceptionné et validé**Tampon de l'officine :**

Pour accusé de réception, cette ordonnance est à renvoyer validée par le tampon de l'officine au centre de régulation n°fax

Annexe 14. Échelle de Liébeault (12)

Classification de Liébeault <sup>1</sup>		
Echelle en 6 degrés		
Sommeil léger	Somnolence	1 <ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Torpeur</li> <li>⌘ Assoupissement</li> <li>⌘ Pesanteur de la tête</li> <li>⌘ Difficulté à soulever les paupières</li> <li>⌘ Perte de l'initiative</li> </ul>
	Sommeil léger	2 <ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Commencement de catalepsie suggestive ( 0. lève le bras en l'air, l'y maintiens quelques secondes; le bras continue à rester dans la situation où 0. l'a mis).</li> <li>⌘ Les sujets peuvent cependant modifier l'attitude de leurs membres si on les défient.</li> </ul>
	Sommeil léger plus profond	3 <ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Engourdissement</li> <li>⌘ Catalepsie</li> </ul>
	Sommeil léger intermédiaire	4 <ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Aptitude à exécuter des mouvements automatiques ; le sujet n'a plus assez de volonté pour interrompre l'automatisme rotatoire suggéré</li> <li>⌘ Catalepsie</li> <li>⌘ Automatisme rotatoire</li> <li>⌘ Attention limitée à l'hypnotiseur (<i>ne peuvent prêter attention à ce qui vient de l'extérieur</i>)</li> <li>⌘ Souvenirs au réveil limités à ce qui s'est passé entre l'hypnotiseur et le sujet <sup>2</sup></li> </ul>
Sommeil Profond ou somnambulique	Sommeil somnambulique ordinaire	5 <ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Amnésie complète au réveil</li> <li>⌘ Hallucinabilité pendant le sommeil</li> <li>⌘ Disparition des hallucinations au réveil</li> <li>⌘ Sujet soumis à la volonté de l'hypnotiseur</li> </ul>
	Sommeil somnambulique profond	6 <ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Amnésie au réveil</li> <li>⌘ Hallucinabilité hypnotique et post-hypnotique</li> <li>⌘ Soumission absolue à l'hypnotiseur</li> </ul>

Annexe 15. Échelle de Davis et Husband (12)

ÉCHELLE DE DAVIS ET HUSBAND <sup>1</sup>		
Profondeur	Degrés	Symptômes
<i>Réfractaire</i>	0	
<i>Hypnoïde</i>	1	Relaxation.
	2	Battement des paupières.
	3	Fermeture des yeux.
	4	Relaxation physique complète.
	5	
<i>Transe Légère</i>	6	Catalepsie oculaire.
	7	Catalepsie des membres.
	10	Catalepsie rigide.
	11	Anesthésie (main gantée).
<i>Transe Moyenne</i>	13	Amnésie partielle.
	15	Anesthésie post-hypnotique.
	17	Changements de personnalité.
	18	Simple suggestions post-hypnotiques.
	20	Illusions kinesthésiques ; amnésie totale.
<i>Transe profonde</i>	21	Capacité d'ouvrir les yeux sans modifier la transe.
	23	Suggestions post-hypnotiques fantaisistes.
	25	Somnambulisme complet.
	26	Hallucinations visuelles positives post-hypnotiques.
	27	Hallucinations auditives positives, post-hypnotiques.
	28	Amnésies post-hypnotiques systématisées.
	29	Hallucinations auditives négatives.
	30	Hallucinations visuelles négatives, hyperesthésies

## SERMENT DE GALIEN

*Faculté de Pharmacie,  
Université Grenoble Alpes*



# Serment de Galien



« En présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples, je jure :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

# **L'UTILISATION DE L'HYPNOSE DANS LES SITUATIONS D'URGENCE**

## **RÉSUMÉ :**

Si le contexte de l'urgence peut sembler incompatible avec la pratique de l'hypnose en raison de la nécessité d'agir rapidement, du bruit environnant ou des sollicitations permanentes, sa place ne souffre plus d'aucune contestation. Son utilisation dans de nombreuses situations fait d'elle un outil précieux, complémentaire aux pratiques conventionnelles.

Pour cette étude, deux questionnaires ont été partagés, un aux professionnels de santé exerçant en situation d'urgence et l'autre aux sapeurs-pompiers, formés à l'hypnose en France.

Il en ressort une amélioration sur le plan relationnel et général dans la prise en charge. La douleur et les émotions sont mieux appréhendées et gérées par le patient. Ainsi, dans ces contextes délicats, l'intervenant et le patient abordent la situation avec plus de calme et de sérénité.

Malgré ces avantages indéniables, cette approche n'est encore que trop peu répandue. Pour qu'elle puisse pleinement bénéficier aux patients et aux intervenants, elle nécessiterait d'être déployée à plus grande échelle au sein des SDIS et des centres hospitaliers. Il est également nécessaire de promouvoir davantage les formations à l'hypnose et d'aborder les limites rencontrées pour les transformer en atout.

**MOTS-CLÉS :** Hypnose, communication thérapeutique, médecine d'urgence, douleurs, SAMU, SMUR, SDIS

**SPÉCIALITÉ :** Officine