

L'hypnose un moyen de lutte contre la douleur

*LAMENISOT Cédric
Travail de Fin d'Etudes
Diplôme d'Etat d'Infirmier
Promotion 2003/2006*

Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon

Note aux lecteurs

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon (IFITS) et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou en partie sans l'accord de son auteur et de l'IFITS. »

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord ma famille et mon amie Vanessa pour leur soutien et leur aide durant mon travail de recherche.

Je remercie aussi ma superviseuse TFE et tous les soignants qui ont participé à mon enquête.

Sommaire

	Pages
-Introduction.....	1
-Problématique.....	2
-Cadre conceptuel.....	5
1)Aspects législatifs.....	5
1-1)Décret de compétence du 29 juillet 2004.....	5
1-2)Plan national de lutte contre la douleur.....	6
1-3)Charte du patient hospitalisé.....	6
1-4)La loi du 4 Mars 2002 – n° 2002-303.....	7
1-5)Conclusion.....	7
2)Définitions.....	7
2-1)Hypnose.....	7
2-1-1)Définition.....	7
2-1-2)Formation.....	8
2-1-3)Méthode d'hypnose.....	8
2-2)Douleur.....	8
2-2-1)définition.....	8
2-2-2)Physiologie de la douleur.....	9
2-2-2-1)Douleur de nociception.....	10
2-2-2-2)Douleur de désafférentation ou neurogène..	10
2-2-1-3)Douleur psychogène.....	10
2-2-2)Méthode d'évaluation de la douleur.....	10
2-2-2-1)Echelle visuelle analogique (EVA).....	11
2-2-2-2)Echelle Verbale Simple (EVS).....	11
2-2-2-3)Echelle Numérique (EN).....	11
2-2-3)Traitements possibles.....	12
3)Traitement de la douleur par l'hypnose.....	12

-Méthodologie.....	14
1)Choix de l'outil.....	14
2)Choix des lieux.....	14
3)La prise de contact.....	14
4)Les entretiens.....	15
5)Les limites de cette enquête.....	15
-Analyse et interprétation des données.....	16
1)Résumé individuels des entretiens.....	16
2)Analyse globale.....	22
3)Interprétation des entretiens.....	23
-Conclusion.....	25
-Annexes.....	26

Introduction

Dans le cadre de mes études, il m'a été permis d'observer et de pratiquer des soins, aussi bien techniques que relationnels. De plus les cours pratiques et les situations de stage, m'ont permis d'être sensibilisé à la notion de douleur et à sa prise en charge, ainsi que d'être confronté à l'anxiété des patients, face à l'inconnu et à la douleur. J'ai pu d'ailleurs moi-même participer à la prise en charge de cette anxiété, de cette douleur, et souvent les deux en même temps, ce qui est très important de nos jours pour une meilleure prise en charge.

Récemment, une technique de soin pour la prise en charge de la douleur, ainsi que de l'anxiété, m'a été présenté pour la première fois, et m'a surpris par son efficacité et sa rapidité à mettre en place. Il s'agit de l'hypnose. C'est pour cela que j'ai décidé d'avoir pour thème de Travail de Fin d'Etudes, l'utilisation de l'hypnose dans les soins infirmiers.

La douleur physique est une sensation que chacun a déjà ressentie dans sa vie au moins une fois, et qui a pu parfois nous rendre anxieux. Cette douleur peut être traitée par des antalgiques, puissants ou non, toujours sur prescription médicale, mais on peut également la traiter par l'hypnothérapie, et ainsi faire diminuer cette angoisse, ainsi que cette douleur, les deux étant liées.

Dans ce Travail de Fin d'Etude (TFE), j'exposerai dans un premier temps, mes motivations et les questions qui m'ont permis d'arriver à ma question de recherche. Ensuite, je définirai les notions importantes, et essentielles à la compréhension de ce TFE. Une fois cela fait, je mettrai en lumière la méthodologie, et l'analyse de mon enquête.

Problématique

Pendant mon stage de réanimation au cours de ma troisième année, j'étais dans un service ambulatoire: le bloc opératoire de jour, et la Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI) de l'hôpital de Montfermeil (Département de Seine Saint Denis). J'ai été amené à côtoyer un Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR) qui a suivi une formation sur la pratique de l'hypnose médicale à Rennes (Département d'Ille et Vilaine), ainsi qu'une Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat (IADE), responsable de l'unité de lutte contre la douleur, qui a été également formée à l'hypnose.

J'ai pu assister avec le médecin, à une «petite» séance d'hypnose sur un enfant. C'est à dire que le médecin n'a pas pratiqué une séance proprement dite, mais plutôt une séance de sophrologie. Cet enfant était venu pour une intervention chirurgicale sous anesthésie générale. Le MAR devait lui poser une Voie Veineuse Périphérique (VVP), mais comme l'enfant n'était pas très coopératif, du fait d'une très forte angoisse, due à l'inconnu, le médecin lui a posé la VVP sous hypnose. Il lui a dit qu'il avait un « crayon magique », qui diffusait des produits anesthésiants, et que sa main allait s'endormir tout simplement, et ceci tout en lui parlant d'une voix douce et rassurante. L'enfant a regardé le médecin lui poser la VVP, et était très content car n'a rien senti. Il a dit à sa maman que le médecin lui avait endormi la main avec un crayon magique. C'était pour l'enfant un moyen bénéfique, car il avait très peur des piqûres.

J'ai eu également l'occasion d'assister à une seconde séance d'hypnose, mais cette fois-ci conduite par l'IADE. C'était à l'occasion d'une Anesthésie Loco-Régionale (ALR) du membre supérieur droit. Le médecin anesthésiste réanimateur commençait à peine à pratiquer le bloc axillaire, que le patient sentait des sensations désagréables et douloureuses dans son bras droit, malgré l'anxiolytique et l'antalgique passés en Intra Veineuse Directe (IVD). Ceci lui a provoqué un stress et une angoisse pré-opératoires intenses, ce qui rendis la réalisation du geste anesthésique difficile. Le MAR en collaboration avec l'IADE référente douleur présente au bloc opératoire, décident de pratiquer une séance d'hypnose, afin que le patient se détende complètement, et «oublie» qu'il est présent dans un box du bloc opératoire. Le médecin a pu alors pratiquer son geste anesthésique, alors que le patient était dans un état de

bien être total. Le patient a finalement été très satisfait de cette technique car « n'a rien senti » du reste de l'ALR, et nous a avoué qu'il était persuadé d'être réellement en Bretagne, et non plus à Montfermeil, et se sentait dans un état de bien être total, et nettement moins stressé et anxieux.

Après ces deux expériences, j'ai commencé à m'intéresser un peu plus à ce domaine qui m'était inconnu.

De plus, la prise en charge de la douleur fait partie d'un plan gouvernemental débuté en 1998 sous l'égide du ministre de la santé Bernard Kouchner, remodifié le 26 octobre 2005, pour une durée allant de 2006 à 2010. Dans ce plan, il est dit que les objectifs sont:

- améliorer la prise en charge de la douleur des populations les plus vulnérables;
- renforcer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé;
- améliorer les traitements médicamenteux et les méthodes non pharmacologiques dans des conditions de sécurité et de qualité.

C'est sur le dernier point qu'intervient l'hypnose, dans la prise en charge de la douleur par des méthodes non pharmacologiques. Il y a eu plusieurs études menées sur l'hypnoalgésie, par différents chercheurs, tels que Crawford, Polyakov, et Kropotov en 1997. De plus le Dr Benhaïem a montré en 2001, que les suggestions d'algésie augmentaient le seuil des perceptions.

C'est dès lors que je me suis intéressé d'un point de vue professionnel, à l'utilisation de l'hypnose dans le domaine médical. Je me suis posé alors différentes questions que voici:

-dans quelles pathologies l'hypnose intervient-elle ?

L'hypnose peut intervenir dans le traitement de certains troubles psychiatriques, comme les crises de panique, les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA), des Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOCs), etc. L'hypnose intervient également dans certains traitements de la dépression, dans les troubles sexuels à type de dysfonctionnement orgasmique, et perte du désir. Elle peut également intervenir

dans le cadre de la prise en charge post traumatique des victimes de violences fortes, comme les grands attentats, les Accidents de la Voie Publique. L'hypnose sert aussi à calmer et inhiber les douleurs, qu'elles soient aiguës ou bien chroniques.

-toutes les personnes peuvent-elles hypnotisées ?

Il y a environ 10 à 15% de la population qui ne pourra pas ou que l'hypnothérapeute aura énormément de difficultés à hypnotiser. En effet sur certaines classes de personnes, telles que les comptables ou les mathématiciens, l'utilisation intensive des chiffres empêche l'hypnose. Ceci dépend de notre capacité d'absorption dans une imagerie et de focalisation de notre attention sur nos processus internes.

-tout le personnel infirmier est-il concerné par la formation sur l'hypnose ?

Tout le personnel infirmier peut suivre des formations concernant l'hypnose, mais pas forcément des formations complètes. En effet, les formations dépendent du travail qu'effectue la personne qui désire suivre une formation sur l'hypnose, dans son quotidien. Par exemple une infirmière qui s'occupe de patients algiques de façon récurrente, va avoir un apport sur l'hypnoalgésie, afin de calmer les douleurs des patients pendant et après ses soins sur rôle propre ou sur prescription.

-comment se sentent les patients après une séance d'hypnose ?

En général les patients se sentent beaucoup plus détendus, et moins anxieux. Ils sont dans un état de bien être, et avec une certaine sérénité. Ils se sentent également moins nerveux, moins anxieux..

Sur cette dernière question, j'ai fait un lien avec mon projet professionnel et mon thème de TFE qui est l'hypnose. J'en suis arrivé à la question suivante, qui sera la question de recherche de ce TFE :

Quel est le bénéfice pour le patient quant à l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge non médicamenteuse de la douleur par l'infirmière?

Cadre Conceptuel

1)Aspects législatifs

1-1)Décret de compétences du 29 juillet 2004

Décret de compétences : décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, régit les règles professionnelles de la profession infirmière.

-ArticleR.4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

Alinéa 5 : « De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »

-ArticleR.4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage:

Alinéa 19 : « Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : [...] évaluation de la douleur. »

-ArticleR.4311-8

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

1-2)Plan national de lutte contre la douleur

Le plan de lutte contre la douleur, a été proposer et mise en application par l'ancien Ministre de la Santé Bernard KOUCHNER en 1998 et devait être mise en application pour une durée de trois années, de 1998 à 2001, il fut reconduit de 2001 à 2005, puis il vient d'être de nouveau modifié pour une durée de quatre ans de 2006 à 2010. Dans les objectifs à atteindre, il y en a deux qui sont plus importants : comme renforcer la formation pratique sur la prise en charge de la douleur, dans la formation initiale des professionnels de santé, et dans leur formation continue. De plus, il y est dit qu'il faut mettre l'accent sur les méthodes non pharmacologiques, comme la relaxation, la sophrologie, et l'hypnose, pour améliorer la prise en charge de la douleur. (voir page 2 des annexes)

1-3)Charte du patient hospitalisé : circulaire du 6 mai 1995 du Ministère de la Santé

article 2

« Au cours de ces traitements et de ces soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants. »

Cet article implique moralement tous les professionnels de santé des secteurs médicaux et paramédicaux, dans la prise en charge de la douleur physique et psychologique. La douleur provoquée qui n'est pas spécifiquement énoncée fait partie de cette douleur physique et psychologique.

« Tout établissement doit se doter des moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et intégrer ces moyens dans son projet d'établissement, en application de la loi n° 95-116 du 4 février 1995. »

Cette réglementation s'applique à tous les établissements de santé et concerne toutes les personnes hospitalisées. Ces dernières, sont ainsi en droit d'être soulagées de leur douleur quel que soit le service qui les accueille. Les établissements de santé doivent donc mettre en oeuvre des moyens de prise en charge de la douleur qu'ils définiront dans leur projet d'établissement.

1-4)Loi du 4 Mars 200^e: n° 2002-303 – article L.1110-5 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

« ... Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... »

Le patient a le droit à une prise en charge de la douleur dans toutes les circonstances. Ainsi, les préventions des douleurs symptomatiques et des douleurs induites par les soins doivent donc être au coeur de tous les processus de soins.

1-5)Conclusion

Avec toutes les réglementations que nous venons de voir, l'infirmier ou l'infirmière se doit de mettre en place dans les services de soins, quels qu'ils soient, des moyens d'évaluation et de lutte contre la douleur. Des moyens médicamenteux seront à mettre en oeuvre suivant les protocoles de soins rédigés par les médecins, ainsi que les moyens non pharmacologiques.

2)Définitions

2-1)L'hypnose

2-1-1) Définition

Technique de modification temporaire de la conscience

L'hypnose a été créée par un français, Jean Martin CHARCOT en 1878, pour le traitement de l'hystérie. C'est une méthode qui par suggestion, place une personne réceptive, dans un état proche du sommeil, où sa volonté se soumet à l'hypnothérapeute. La réputation de l'hypnose fut autrefois sulfureuse, mais elle peut permettre de donner libre cours à des manifestations de l'inconscient et, à ce titre, a joué un grand rôle dans la découverte de la psychanalyse. Le champ de ses applications couvre aujourd'hui des psychothérapies et des traitements de désintoxication. Certains praticiens, dentistes ou chirurgiens, l'utilisent comme un moyen d'anesthésiologie dans certaines interventions courantes, comme les colonoscopies, les thyroïdectomies en Belgique, et parfois les accouchements.

2-1-2)Formation à l'hypnose

Pour pratiquer l'hypnose, il y a plusieurs possibilités, tout d'abord un diplôme universitaire d'une durée de deux ans, qui apporte toute l'histoire et la théorie de l'hypnose, et bien évidemment des cours sur la pratique de l'hypnose pour toute les pathologies que l'on peut traiter par l'hypnose. Mais il y également, suivant les Institut de Formation des formations courtes d'une trentaine d'heures pour apprendre les bases et d'une autre séance d'une trentaine d'heures pour avoir un perfectionnement dans l'art de l'hypnothérapie. (voir page 3 des annexes)

2-1-3)Méthode de pratique de l'hypnose

En hypnose classique (hypnothérapie médicale, par exemple), le travail de l'hypnotiseur consiste à induire des réactions chez son patient ou à lui permettre de libérer un matériau refoulé. Dans l'hypnose ericksonienne, le thérapeute ne fait pas de suggestions directes : il utilise des métaphores ou des récits pour que l'inconscient s'oriente de lui-même vers la bonne solution. Il demande également au patient de participer à sa mise en condition hypnotique.

2-2)Douleur

2-2-1)Définition

La douleur vient du latin « Dolor », qui signifie souffrance. Le mot douleur signifie : « sensation pénible ressentie dans une partie du corps, résultant d'une impression produite avec trop d'intensité », selon le dictionnaire HACHETTE illustré édition 2005.

L'association Internationale de l'Etude de la Douleur a défini la notion de douleur en 1979. C'est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou encore décrite en terme d'une telle lésion. Cette définition est actuellement toujours celle de référence.

Cette définition intègre plusieurs dimensions au terme de « Douleur ». Il y a, bien sur, les composantes sensorielles et physiques, et il y a également des composantes affectivo-

émotionnelles, cognitives ou intellectuelles. Elle intègre également des composantes comportementales, socio-économiques, culturelles ou ethniques, voir religieuses.

On distingue deux grandes catégories de douleur : la douleur **physique** et la douleur **psychique**. La douleur physique est en relation directe avec une lésion somatique telle que le traumatisme d'un membre ou le dysfonctionnement d'un organe. La douleur psychique est en revanche une souffrance qui prend place dans un contexte très personnel, comme c'est le cas dans les dépressions graves, encore appelées « douleur morale ». Dans la douleur physique, il existe également une composante psychologique, voire affective ou émotionnelle, de la douleur, avec parfois un effet mémoire, qui va imposer un seuil de sensibilité à la tolérance de la douleur.

On peut classer les douleurs, aussi bien psychique que physique, en deux catégories, tout comme les pathologies:

-les douleurs chroniques : ce sont des douleurs rebelles, quotidiennes qui existent depuis une durée de 3 à 6 mois, peu ou pas soulagées par la prise de traitements antalgiques usuels.

-la douleur aiguë : elle correspond habituellement à une lésion tissulaire. C'est un symptôme qui a un rôle d'alarme, faisant percevoir à l'individu qu'une menace potentielle existe pour lui.

2-2-2)Physiologie de la douleur

La douleur est la conséquence de la stimulation d'un ou plusieurs récepteurs sensoriels spécifiques, de la famille des nocicepteurs. Le message douloureux, provoqué par exemple par une blessure, est transmis aux nocicepteurs de la moelle épinière par l'intermédiaire de fibres nerveuses de deux types : les fibres A-delta transmettent rapidement la sensation douloureuse, tandis que les fibres C-delta relaient les impulsions plus lentement, et déterminent ainsi une douleur persistante.

La douleur provoque des modifications physiologiques telles que des troubles de la fonction respiratoire, une sudation et une variation du rythme cardiaque. Ces manifestations

s'accompagnent d'attitudes caractéristiques comme la recherche de positions dites « antalgiques » visant à minimiser la perception des sensations douloureuses. La douleur aiguë peut diminuer les facultés de discrimination et de raisonnement d'un patient et peut limiter le comportement de ce dernier au seul contexte du phénomène douloureux. La douleur aiguë peut ainsi conduire à des réactions spectaculaires. Une douleur chronique peut se présenter sans le moindre trouble organique décelable. Les modifications de comportement sont beaucoup moins rapides, mais les douleurs chroniques peuvent entraîner un état dépressif.

2-2-2-1) Douleur de nociception

Activation du système de transmission des messages nociceptifs par stimulation excessive des récepteurs périphériques mis en jeu par des processus lésionnels ou par des stimulations mécaniques importantes.

2-2-2-2) Douleur par désafférentation ou neurogène

Dysfonctionnement du système nerveux, lésion totale ou partielle des voies sensitives afférentes, soit au niveau radiculaire soit au niveau médullaire, du tronc cérébral (AVC, toxique, zona, amputation d'un membre,...)

2-2-2-3) Douleur psychogène

Issue d'un dysfonctionnement du système neuropsychique, trouble de la perception sensorielle du schéma corporel associé à une perturbation de la structure de la personnalité (non obligatoire).

2-2-3) Méthodes d'évaluation de la douleur

Depuis la mise en place du plan de lutte contre la douleur en 1998 par l'ancien ministre de la santé, Bernard KOUCHNER, la lutte contre la douleur est une priorité pour tous les soignants et les établissements de santé.

La lutte contre la douleur passe avant tout par l'évaluation, car la composante subjective de la douleur rend difficile la mesure précise de la douleur. De plus, chaque personne est sensible à la douleur différemment, suivant son seuil propre de sensibilité à la

douleur. Pour pouvoir faire une évaluation efficace, il faut prendre en compte l'anamnèse de la personne, les éléments déclenchant la douleur, la localisation et l'expansion possible du point douloureux, et le type de la douleur (comme un coup de poignard, à type de brûlure, de démangeaison, de tiraillement, ...), qui représente l'évaluation qualitative de la douleur.

Il y a deux types d'échelle, les échelles Unidirectionnelles, qui prennent en compte que l'intensité de la douleur, et les échelles Multidirectionnelles, qui prennent en compte l'intensité de la douleur (évaluation quantitative), mais également une évaluation qualitative.

De plus les moyens d'évaluation doivent permettre de recueillir des informations reproductibles, valides et sensibles aux effets du traitement. Ces moyens doivent permettre de comparer, à différents moments de la journée, la sensation douloureuse chez un même patient.

2-2-3-1) L'échelle Visuelle Analogique

L'échelle visuelle analogique se présente sous la forme d'une réglette à 2 faces orientées de gauche à droite sur laquelle se déplace un curseur. Une face ou recto est destinée au patient. Son envers ou verso est utilisé par l'infirmier pour mesurer l'intensité de la douleur. Elle est utilisable chez l'enfant à partir de 6 ans, pour lequel une version colorée existe. C'est l'échelle de référence préconisée par le Ministère de la Santé. (voir page 4 des annexes)

2-2-3-2) L'échelle Verbale Simple

L'échelle verbale simple repose sur la description verbale ; de ce fait, elle est facile à comprendre. Le nombre plus réduit de réponses possibles la rend moins sensible que l'échelle visuelle analogique. On demande au patient s'il a mal. Si oui, demander un peu (EVS=1), moyen (EVS=2), fort (EVS=3), insupportable (EVS=4). Une échelle verbale simplifiée peut être utilisée pour les enfants entre 4 et 6 ans. (voir page 4 des annexes)

2-2-3-3) L'échelle Numérique

L'échelle numérique est de compréhension facile et se prête à des réponses orales. Moins reproductible que l'EVA, l'échelle numérique est très utilisée en pratique, on demande au patient de coter sa douleur entre 0 et 10 (ou entre 0 et 100). (voir page 4 des annexes)

2-2-3) Traitement médicamenteux de la douleur

Comme on l'a vu tout à l'heure, l'évaluation est très importante dans la suite de la prise en charge de la douleur. En effet, suivant le résultat de l'EVA en particulier, le médecin prescrira des antalgiques plus ou moins puissants.

Pour un résultat de l'EVA entre 1 et 4, le médecin prescrira les médicaments inscrits sur la liste 1 des antalgiques, comme le paracétamol, ou l'Aspégique® qui a une action analgésique et antipyrétique.

Pour un résultat de l'EVA compris entre 5 et 7, le médecin prescrira le plus souvent des médicaments contenant de la codéine, comme l'efférgan codéiné®, ou les médicaments associant le paracétamol et le dextropropoxyphène comme le Di-Antalvic®.

Pour un résultat de l'EVA supérieur à 7, des médicaments à base de morphine, ou de dérivés morphiniques.

3) Traitement de la douleur par l'hypnose

Depuis une vingtaine d'années, et l'amélioration des techniques d'imageries médicales, comme la Tomodensitométrie ou scanner, et l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), la recherche sur l'activité cérébrale a très fortement progressé. (voir page 3 des annexes)

Il y a eu des études menées par plusieurs chercheurs sur ce que provoque l'hypnose sur l'activité cérébrale. En effet des chercheurs comme Danziger ou Kiernan ont montré que l'hypno-analgésie, de part sa nature plurifactorielle, pouvait agir sur un réflexe périphérique, le réflexe spinal.

De plus, plusieurs chercheurs ont montré qu'il y avait une augmentation du flux sanguin dans les aires cérébrales, ce qui entraîne que l'hypno-analgésie par la notion de contrôle de la douleur, réduit les potentiels de ces aires cérébrales. Il y aurait principalement deux aires cérébrales mises en jeu dans le cadre de l'hypno-analgésie, ce qui laisserait à prétendre que l'hypnose permet de dissocier et de traiter distinctivement les deux composantes de la douleur : sensori-discriminative et émotionnelle ou affective. L'utilisation de l'échelle visuelle analogique a fait remarquer que l'hypnose calme les deux composantes de la douleur.

De plus, Denko a montré que chez des patients arthritiques chroniques les séances d'hypno-analgésie ont provoqué une augmentation de sécrétion de béta endorphine dans la circulation sanguine significative. Une autre hormone intervient également, c'est la norépinéphrine, qui elle aussi est augmentée considérablement dans le sang.

En regard de cet élément, Barber et Mayer ont stimulé les pulpes dentaires de 14 personnes après leur avoir injecté de la Naloxone. Cette injection n'a pas eu d'effet sur l'analgésie hypnotique obtenue. Chez l'animal, l'injection de très forte dose de Naloxone réduit la durée de l'hypnose.

En conclusion on peut dire qu'au vu des éléments cités au dessus, l'hypnose est encore en pleine étude sur ses capacités. Mais on peut dire que l'hypnose agit sur les deux composantes de la douleur.

Méthodologie

1)Choix de l'outil

Au regard de ma question de recherche, j'ai choisi de m'entretenir auprès de professionnels de la santé formés à la pratique de l'hypnose dans le cadre de la prise en charge de la douleur, afin d'obtenir des réponses plus précises et plus enrichissantes. J'ai donc choisi d'établir une grille d'entretien semi dirigé de 10 questions (cf annexe). Les questions posées avaient pour but de:

- Comprendre la place de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur
- Connaitre les différentes méthodes d'hypno-analgésie
- Connaitre le ressenti des patients face à cette méthode, par le discours de l'infirmière
- Connaitre la pensée des soignants sur la formation à l'hypno-analgésie des professionnels de santé.

2)Choix des lieux

Mon terrain d'enquête a été les centres de consultation et de traitement de la douleur, afin de pouvoir m'entretenir avec des professionnels de santé qui sont formés à la pratique de l'hypnose, et qui s'en servent dans la pratique courante de lutte contre la douleur.

3)La prise de contact

J'ai obtenu les coordonnées de différents lieux essentiellement par le CNRD (Centre National de lutte et de Recherche sur la Douleur), sur leur site internet, il y a une partie coordonnées des différents CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur), j'en ai contacté plusieurs par téléphone, certains n'avaient pas de personnels formés à l'hypnose, mais pour ceux qui en avaient, je leur ai demandé un rendez-vous. Je n'ai pas eu de problème dans la prise de rendez vous.

4)Les entretiens

Les entretiens se sont déroulés en majorité en début d'après midi. En effet, les infirmières, et les médecins rencontrés prennent en charge la douleur lors des soins douloureux. Les entretiens ont duré 20 minutes en moyenne, mais avec certains professionnels très impliqués et voulant faire partager un maximum leur domaine de compétence, les entretiens ont pu duré jusqu'à 45 minutes voire même jusqu'à une heure.

5)Les limites de cette enquête

La plus grosse difficulté rencontrée dans cette enquête sur le terrain, est de trouver les professionnels qui sont formés à cette méthode de prise en charge de la douleur. En effet les formations à l'hypno-analgésie sont le plus souvent réservées aux médecins et psychologues. Mais les formations destinées aux infirmiers et infirmières sont un peu plus présentes.

*Analyse et
interprétation
des données*

1)Résumé individuel des entretiens

La liste des questions ayant servis pour les entretiens est visible page 5 des annexes.

	Diplôme principal	Depuis quand	Autres formations	Depuis quand
Entretien n°1	Doctorat en médecine spécialisé en imageries médicales	1977	Capacité douleur DU soins palliatifs DU céphalées Formation à l'hypnose	1993
Entretien n°2	Doctorat en médecine spécialisé en anesthésie et réanimation	1982	DU douleur Formation à l'hypnose	2003
Entretien n°3	Doctorat en médecine spécialisé en anesthésie et réanimation	1986	DU douleur et hypno-analgésie DU céphalées	2000
Entretien n°4	IDE	1990	Puéricultrice DU prise en charge de la douleur par l'hypnose	1991 2004
Entretien n°5	IDE	1994	Infirmière anesthésiste DU prise en charge de la douleur avec formation à l'hypnose DU soins palliatifs	1999 2003 2003

Tableau récapitulatif des formations et spécialisations des cinq personnes rencontrées.

Premier entretien: médecin responsable de la consultation et du CLUD d'un hôpital de la région parisienne.

Il a suivi la formation à l'hypnose suite à des difficultés rencontrées dans son travail de tous les jours. En effet, le fait de faire passer des examens à des enfants, tels que l'Imagerie par Résonance Magnétique ou la Tomodensitométrie, nécessite la plupart du temps une anesthésie générale, donc la présence d'un Médecin Anesthésiste Réanimateur, et quand ceux-ci ne sont pas disponibles l'examen ne peut se réaliser. Donc ce médecin a décidé de suivre une formation en anesthésie par l'hypnose. Après certaines réticences de la part de ses collègues radiologues, ce médecin a pu réaliser des séances d'hypno-anesthésie chez des enfants. Ensuite, il a décidé de passer une capacité sur le thème de la douleur, dans laquelle est abordé les méthodes non médicamenteuses de prise en charge de la douleur. Quelque temps après, il a suivi un Diplôme Universitaire sur les soins palliatifs, suivi d'un Diplôme Universitaire sur le thème des Céphalées et Migraines. Cela fait 13 ans qu'il est formé à l'hypnose. De plus, il a pu, de part sa pratique en hypnose, suivre une formation d'hypnothérapeute, ce qui fait que lors de la prise en charge de la douleur chronique, ce médecin peut intervenir également sur le mécanisme déclencheur de cette douleur.

Les patients qui sont suivis par ce médecin en consultation douleur chronique, ne vivent que par la douleur, et ne prennent conscience que de la douleur, et oublient complètement leur corps. Le but des consultations est de leur apprendre à rentrer en trans hypnotique spontanée, c'est à dire de s'hypnotiser eux même. Les patients sont contents de cette méthode, car réalisent eux même cet acte, ce qui fait naître chez eux une certaine fierté. Ces patients retrouvent une partie importante de leurs sensations corporelles, ce qui induit qu'ils oublient leur douleur, celle-ci n'a plus une part importante de leur corps. De plus l'hypno-analgésie agit également sur l'anxiété que produit la douleur, ce qui fait que ce médecin baisse les traitements antidépresseurs des patients. Dans le cadre du traitement des migraines, ce médecin ne met pas en place de traitement de fond, car l'hypnose diminue considérablement le nombre de crise.

Ce médecin dit que les méthodes de relaxation, de respiration et d'hypnose peuvent faire l'objet d'un apport théorique dans les Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) dans le cadre du module douleur, mais également dans le cadre des modules optionnels « prise en charge de la douleur par des méthodes non médicamenteuses. »

Deuxième entretien: médecin anesthésiste réanimateur travaillant dans le service d'anesthésie d'un hôpital de la région parisienne.

Ce docteur en médecine a suivi une formation en hypno-analgésie à Rennes en Ille et Vilaine, suite à une envie d'évoluer et de connaître de nouvelles méthodes thérapeutiques dans le cadre de l'anesthésie et la lutte contre la douleur. De plus, ayant entendu parler de l'hypnose, il décide alors de se former à cette technique relationnelle. Actuellement, il utilise l'hypnose en anesthésie conventionnelle, tout ceci étant décidé en consultation d'anesthésie avec le patient. Ce sont souvent les patients qui sont demandeur de cette méthode d'anesthésie. Ces patients ont le plus souvent entendu parler de cette méthode par les chirurgiens eux même, ou bien car ils ont entendu parler de cette méthode d'anesthésie par l'entourage ou par les médias spécialisés.

Ce médecin utilise le plus souvent l'hypno-analgésie dans le cadre de la prise en charge de la douleur aigue induite par les soins, comme la péridurale, la pose de perfusion. C'est un moyen rapide à mettre en oeuvre, il commence la mise en place de l'hypnose en disant que c'est une expérience qu'ils vont mener à deux, le médecin et le patient.

En général, pour une hypno-anesthésie, il commence par une induction standard avec un entretien par un accompagnement verbal, mais le plus dur c'est d'entraîner une dissociation, afin de séparer le corps en plusieurs morceaux : l'esprit, le corps et la zone à opérer, afin d'obtenir une hypno-analgésie.

Après la séance d'hypnose, les patients sont très contents, et dans la plupart des cas, ils expriment un sentiment de fierté d'avoir pu faire quelque chose d'eux même, sans avoir eu mal. De plus, ils ont tendance à en redemander, et à vouloir le faire d'eux même.

Pour ce médecin, l'hypnose apporte une avancée importante dans la relation entre le médecin et le patient, et secondairement, dans le cadre du bloc opératoire, cela permet de détendre le chirurgien et l'équipe. De plus, il m'a confié qu'en général, l'hypnothérapeute n'est pas loin d'être hypnotisé lui également.

Il pense que dans les IFSI, et pour tout autre formation des professions de santé, les stages de communication ainsi que des apports théoriques sur les différentes méthodes de communication, devraient être un peu plus important en nombre, car cela permettrait d'avoir une manière différente d'aborder le patient. De plus l'hypnose, fait partie intégrante de la communication.

Troisième entretien: médecin anesthésiste réanimateur travaillant dans un bloc opératoire et dans un Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) dans un hôpital en province.

Ce médecin a suivi une formation à l'hypnose, de part sa curiosité et une envie de découvrir d'autres techniques pour la prise en charge de la douleur, aussi bien au bloc opératoire, que dans le cadre de ses sorties avec le SAMU. Il estime que l'hypnose, dans sa pratique quotidienne, permet une bonne compréhension des mécanismes de communication interpersonnelle, ce qui permet d'aboutir à une hypno-analgésie .

Pour lui, la mise en oeuvre de l'hypnose pour arriver à une transe hypnotique est rapide, de une à cinq minutes, à partir du moment où tout l'ensemble du personnel présent reste dans le calme. De plus, cette rapidité à mettre en place, lui sert beaucoup en sortie SAMU, c'est à dire que dans le cadre de sortie secondaire ou primaire, ce médecin prend en charge les composantes humaines et psychologiques de la personne, et de sa douleur.

Dans le cadre de ses sorties en pré-hospitalier avec les Secours Médicalisés d'Urgences et de Réanimation (SMUR), le médecin impose un calme dans l'équipe, de part l'hypnose, et de part la nécessité de calme pour installer la transe hypnotique. De plus, il signale qu'il ne prévient pas forcément les patients qu'il va leur faire une séance d'hypnose, mais plutôt une expérience. Dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique, il leur apprend à rentrer eux même en transe hypnotique, c'est à dire de faire de l'autohypnose.

Il utilise également l'hypnose, dans le cadre de colonoscopie longue, soit à la demande des patients eux même, soit à la demande de l'endoscopiste réalisant le geste.

Il estime que cette technique comportementaliste représente un bénéfice réel. En effet, les progrès de la médecine font que la prise en charge de la personne et de ses composantes humaines, psychologiques semble passer en second plan. Ce qui fait que dans la prise en charge de la douleur, la plupart des traitements proposés semblent traiter les symptômes, alors qu'il ne faut pas oublier de prendre en charge les composantes psychologiques et physiques de la douleur. L'hypnose permet de prendre en charge aussi bien les symptômes que les composantes psychologiques.

De plus, il estime que l'apport théorique sur l'hypnose, dans la formation initiale des IFSI, mais également des autres professionnels de santé, pourrait être probablement intéressant.

Quatrième entretien: Infirmière Puéricultrice diplômée d'état de l'Unité et de Traitement de la Douleur, d'un hôpital parisien.

Cette infirmière a suivi le Diplôme Universitaire sur la prise en charge de la douleur par l'hypno-analgésie car elle trouvait intéressant l'idée de pouvoir améliorer ses connaissances sur la douleur, et en même temps acquérir un outil supplémentaire dans cette prise en charge : l'hypnose. Cela représente une « arme » de plus dans la lutte contre la douleur.

Elle met en pratique cet outil, sur rôle propre de part notre compétence à lutter contre la douleur de façon non médicamenteuse. Cette infirmière intervient généralement dans la lutte contre la douleur aiguë, surtout lorsqu'elle est induite par des soins algiques, comme la réfection de pansements, la pose de perfusion, les prises de sang, etc.... Ce moyen thérapeutique est demandé soit par les patients eux mêmes qui connaissent l'hypno-analgésie, ou soit par les soignants qui connaissent l'existence du personnel formé dans l'hôpital.

La mise en oeuvre de l'hypno-analgésie est assez rapide. En effet, l'hypnose agit assez rapidement chez les enfants, car ceux-ci partent plus rapidement dans leur imaginaire, et dans leur souvenir. La seule particularité, mais non sans importance, il faut se mettre à la hauteur de l'enfant, aussi bien verbalement, qu'au sens littéral du terme. En effet, plus on est proche de l'enfant, plus celui-ci nous écoute et rentre facilement en confiance. De plus, afin d'induire une hypno-analgésie, il faut se servir du vécu de l'enfant, de se servir de ses souvenirs, afin qu'il y repense et qu'il parte plus facilement en transe hypnotique.

Dans le cas de la prise en charge de la douleur chronique récurrente, l'enfant va avoir un apprentissage sur la pratique de l'autohypnose avec un médecin ou un psychologue, afin que de lui même il retrouve cet état de bien être. Pour ce faire, il faut pousser une porte entrebaillée. En effet, il faut profiter de la capacité de l'enfant à s'évader et à être ailleurs.

Dans le cadre de la prise en charge de la douleur aiguë induite par des soins, on peut être plusieurs. En effet, une infirmière effectue le soin, et une autre est là pour accompagner l'enfant dans la transe hypnotique, afin que celui-ci se sente « protégé » de la douleur. Dans un service de pédiatrie, pour la prise en charge de la douleur induite par les soins, la collaboration avec les parents de l'enfant est idéale. En effet, les parents connaissent bien l'enfant, ainsi il se laisse plus emmener dans son imaginaire par la voix des parents. De plus,

les parents font naturellement de la distraction, qui amène à l'hypnose, lorsqu'ils sont avec l'enfant lors des soins.

Cette IDE pense que l'hypnose n'est pas à comparer aux antalgiques, mais qu'en réalité ils sont à utiliser en parallèle. En effet, on peut utiliser l'hypnose en association avec des antalgiques, et vice versa.

Dans le cadre de la formation initiale des IDE, cette infirmière pense qu'il est nécessaire de faire des apports sur ces techniques et ces outils bien adaptés à la lutte contre la douleur. Elle pense également que ces outils pourraient faire l'objet d'un approfondissement sur la base du volontariat, lors de modules supplémentaires, comme les modules optionnels.

Cinquième entretien: Infirmière anesthésiste diplômée d'état (IADE) travaillant dans un CLUD dans un hôpital de la banlieue parisienne.

Cette infirmière a suivi une formation sur la douleur dans le cadre de son projet professionnel. En effet, après être devenue IADE, elle a commencé à s'intéresser d'un peu plus près à la douleur post-opératoire, et à la douleur induite par les soins. Elle a donc décidé de passer un Diplôme Universitaire sur la douleur et un sur les soins palliatifs. De plus, elle a entendu parler de l'hypno-analgésie dans le cadre de la prise en charge de la douleur, aussi bien chronique qu'aigüe, elle a donc décidé de se former à l'hypnose, pour acquérir un nouvel outil pour la lutte contre la douleur.

Elle se sert de l'hypno-analgésie essentiellement lors des soins douloureux. En effet, les soignants de l'hôpital connaissent l'existence de cette infirmière, donc quand un patient demande à avoir des antalgiques avant un soin, les IDE leurs parlent de cette méthode antalgique. Les patients acceptent le plus souvent assez bien la proposition, car veulent tout ce qui existe pour qu'il n'ait plus mal. Dès lors un rendez vous est pris avec cette IADE, qui vient dans le service, non pas pour faire le soin, mais pour accompagner l'IDE lors de ce soin, et induire une trans hypnotique, favorisant une analgésie.

De plus, elle intervient également dans les salles de bloc opératoire. En effet, lors de certaines interventions chirurgicales, il y a une préparation à faire, telle que les anesthésies loco-régionales, les fameux « bloc ». En effet, chez certains patients, l'anxiété majeure l'effet douloureux du geste médical. Elle intervient dès lors pour aider le patient à subir ce geste médical, ainsi que le médecin anesthésiste réanimateur d'ailleurs. En effet l'hypnothérapeute

rentre lui même un peu en hypnose, et fait rentrer également toute personne dans la pièce plus ou moins en hypnose. Ceci permet à tout le monde de se détendre.

L'IADE pense que l'utilisation de l'hypnose devrait être développée dans les IFSI, d'une part car c'est un outil à la portée de tous les professionnels de santé, et que l'hypnose permet d'agir dans énormément de situations. Elle pense que cet apport pourrait se faire aussi bien en cours magistraux, mais pour les personnes qui le souhaitent, avoir un approfondissement dans le cadre de modules optionnels.

2)Analyse globale

Le recueil de données laisse apparaître une certaine homogénéité dans les réponses données par les personnes rencontrées. En effet, il apparaît que les professionnels rencontrés ont tous suivi le même parcours, du moins en ce qui concerne leur formation sur la douleur et sur l'hypnose. De plus, au niveau des motivations les cinq professionnels considèrent tous l'hypnose comme un outil supplémentaire contre la lutte de la douleur, et de part leur curiosité, ils se sont tous intéressés à cette formation.

Il y a une petite différence toutefois. En effet, une des personnes sur cinq agit plus souvent sur des douleurs chroniques, alors que les autres agissent le plus souvent dans le cadre de la prise en charge de la douleur aiguë, le plus souvent induite par les soins. Ceci induit une légère différence dans le champ d'application. De plus la personne qui agit le plus souvent dans le cadre des consultations de douleur chronique, est également formée en tant qu'hypnothérapeute, c'est à dire qu'elle agit sur l'élément déclencheur de la douleur. Alors que les autres personnes interrogées n'agissent que sur la douleur en elle même.

De plus, il apparaît également dans cette enquête, que lors de la prise en charge de la douleur aiguë induite par les soins, les professionnels préfèrent dire qu'il s'agit d'une expérience que le médecin et le patient vont mener ensemble. Alors que dans le cas de la douleur chronique, les patients savent qu'il s'agit d'hypnose, et en plus on leur apprend l'autohypnose, c'est à dire qu'ils seront capables de retourner en transe hypnotique d'eux même.

Pour tous les professionnels interrogés, l'hypnose apporte un réel bénéfice dans la lutte contre la douleur. En effet, cet outil permet, aussi bien pour la douleur aiguë que pour la

douleur chronique, de rendre le patient fier de lui, car il a réussi à faire quelque chose de lui-même sans ressentir de la douleur. Cela se voit plus dans le cadre de la lutte contre la douleur chronique. En effet, les patients qui ont une douleur récurrente, ne vivent que par leur douleur, et oublient complètement le reste. Dès lors qu'ils commencent à ressentir un peu de fierté, les patients algiques recommencent à avoir des envies, à vouloir sortir, car connaissant un moyen de lutte contre cette douleur récurrente rapide à mettre en place.

Les cinq personnes interrogées estiment que l'hypnose est un moyen rapide et efficace dans la lutte contre la douleur. En effet, ils estiment tous que pour induire une transe hypnotique, il suffit de quelques minutes. De plus il y a une particularité qui est soulevée par les cinq intervenants, le fait que l'hypnose est rapide à mettre en place, il lui faut pour se faire une ambiance calme, et ceci tout au long de la séance. De plus, par cette nécessité de calme, il s'y introduit une sorte d'hypnose généralisée pour l'ensemble des participants, aussi bien le thérapeute, l'équipe présente autour du patient que le patient lui-même.

En fin d'entretien à la question sur l'apport de cours sur l'hypnose en formation initiale des IDE, les cinq intervenants sont unanimes. Ils sont tous d'accord sur le fait que ce serait bien d'avoir un apport plus ou moins succinct sur l'hypnose.

3)Interprétation

A partir de l'analyse des entretiens, je constate que tous les professionnels que j'ai pu interroger mettent en place les actions suffisantes pour lutter contre la douleur. Les IDE ou les IDE spécialisées, agissent toutes en accord avec le décret de compétences. Ils pensent tous détenir un outil et un moyen thérapeutique efficace dans le traitement de la douleur.

Cet outil permet de prendre en charge, certes les aspects physiques de la douleur, ses symptômes, mais elle prend également en charge les composantes humaines et psychologiques de la douleur. Ces soignants mettent en place alors des actions qui vont permettre au patient de se sentir pris en charge dans sa totalité. De plus, l'hypnose permet de modifier la relation soignant-soigné. En effet, le soignant n'est plus considéré comme un soignant qui fait ses soins, mais également comme une personne protectrice. Ceci se voit surtout dans le cadre de la prise en charge de la douleur aiguë en pédiatrie.

L'hypnose rend les patients contents d'eux même et en même temps les rend contents de ne pas avoir eu mal, d'avoir été capable de supporter soit le soin douloureux, soit la crise récurrente de la douleur chronique.

La douleur amène également du stress, de l'anxiété ou de l'angoisse, à cause de l'inconnu, des questions que se posent le patient. L'hypnose permet de faire céder cette angoisse, car cet outil prend en charge les aspects psychiques de la personne, et son ressenti.

Je pense que l'hypnose est un moyen thérapeutique bénéfique pour le patient. Cet outil thérapeutique est plus ou moins déjà utilisé par les professionnels de santé spontanément, en distrayant le patient, en lui parlant afin que celui-ci parte dans son imaginaire. Les professionnels de santé ne savent pas forcément qu'ils utilisent les bases de l'hypnose, mais c'est cela qui permet d'aboutir à une transe hypnotique.

Je pense également que cette méthode cognitivo-comportementaliste devrait faire l'objet d'apport dans le cadre des formations des professionnels de santé, aussi bien l'aide soignante, que l'IDE ou le médecin. Cet outils appartient à la catégorie de la communication, ce qui fait que nous sommes en contact avec le patient.

Conclusion

En conclusion, ce Travail de Fin d'Etudes m'a permis d'approfondir un domaine déjà un peu connu, la douleur. Mais ce fut également pour moi l'occasion de découvrir une nouvelle technique dans le traitement de ce mal, l'hypnose. De plus ce travail a été pour moi l'occasion de rencontrer des professionnels voulant faire partager leurs connaissances sur les thèmes abordés dans ce travail.

La lutte contre la douleur est un travail de tous les jours de la part de tous les professionnels de santé, aussi bien dans le cadre de la douleur chronique, mais également dans le cadre de la douleur aiguë, celle induite par les soins. Erickson a apporté un nouvel outil dans cette lutte, l'hypnose. Il semble que l'hypnose représente, de part son utilisation, un réel bénéfice pour le patient dans la lutte contre la douleur.

Ce travail et l'ensemble de mes recherches ont soulevé d'autres questions.

-Faut-il former tous les professionnels de santé à cette méthode thérapeutique, en fonction de leur champ d'application dès leur formation initiale?

-Dans le cadre de la formation initiale des IDE, faut-il faire une place à ces méthodes cognitivo-comportementalistes pour la prise en charge de la douleur sur le rôle propre?

Pour ma part, en espérant avoir répondu à ma question de recherche, je vais me pencher sur les problèmes soulevés par ce travail.

Annexes

Sommaire des annexes

-Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique: décret de compétences de la profession Infirmière

page 1

-Plan de lutte contre la douleur 2006-2010

page 2

-Sites internet sur l'hypnose, et la formation à l'hypnose, bibliographie sur le thème de l'hypnose et de la douleur

page 3

-Différentes échelles d'évaluation de la douleur

page 4

-Guide de questions des entretiens avec les professionnels de santé

page 5

Décret de compétences IDE

*Extrait concernant la profession d'infirmier, tiré du décret 2004-802 du 29/07/04 paru
au J.O. Du 09/08/04*

LIVRE III

AUXILIAIRES MÉDICAUX

TITRE Ier

PROFESSION D'INFIRMIER OU D'INFIRMIÈRE

Chapitre Ier

Exercice de la profession

Section 1

Actes professionnels

Article R. 4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article R. 4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article R. 4311-3

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-4

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

Article R. 4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;

2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;

3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;

4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;

5° Vérification de leur prise ;

6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;

7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;

8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;

9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;

10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;

11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;

12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;

- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22° Prévention et soins d'escarres ;
- 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25° Toilette périnéale ;
- 26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- 29° Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;
- 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- 32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- 33° Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
- 34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- 35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
- 36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;

37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;

38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;

39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :

a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;

b) Sang : glycémie, acétonémie ;

40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;

41° Aide et soutien psychologique ;

42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R. 4311-6

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;

2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;

3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;

4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

Article R. 4311-7

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;

2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;

3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;

4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;

5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :

a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;

b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier

ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-6 ;

7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;

8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;

9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;

10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;

11° Pose de bandages de contention ;

12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;

13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;

14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;

15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;

16° Instillation intra-urétrale ;

17° Injection vaginale ;

18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;

19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;

20° Soins et surveillance d'une plastie ;

21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;

22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;

23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;

24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;

25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;

26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;

27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;

28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;

29° Mesure de la pression veineuse centrale ;

30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;

31° Pose d'une sonde à oxygène ;

32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;

33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;

34° Saignées ;

35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;

36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;

37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;

38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;

39° Recueil aseptique des urines ;

40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;

41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;

42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ;

43° Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article R. 4311-8

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

Article R. 4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;

2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;

3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;

4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;

5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;

6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;

7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;

8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;

9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;

10° Cures de sevrage et de sommeil.

Article R. 4311-10

L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes :

1° Première injection d'une série d'allergènes ;

2° Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;

3° Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;

4° Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles mentionnées à l'article R. 4311-7 ;

5° Actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;

6° Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;

7° Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;

8° Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;

9° Transports sanitaires :

a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

10° Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Article R. 4311-11

L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes :

- 1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- 2° Elaboration et mise en oeuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
- 3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- 4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
- 5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

En per-opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.

Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Article R. 4311-12

L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

- 1° Anesthésie générale ;
- 2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
- 3° Réanimation peropératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

En salle de surveillance post interventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.

Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat.

L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

Article R. 4311-13

Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;
- 2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;
- 3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;

4° Soins du nouveau-né en réanimation ;

5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Article R. 4311-14

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Article R. 4311-15

Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

1° Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;

2° Encadrement des stagiaires en formation ;

3° Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;

4° Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;

5° Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;

6° Education à la sexualité ;

7° Participation à des actions de santé publique ;

8° Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

Plan de lutte contre la douleur 2006-2010

Le plan de lutte contre la douleur 2006-2010

Le ministre de la santé et des solidarités a présenté une communication sur le plan de lutte contre la douleur.

Le Gouvernement veut renforcer la lutte contre la douleur en mettant en œuvre, pour les années 2006-2010, un plan qui répond à cette exigence sanitaire et sociale. Ce plan, dont le coût s'élève à 14 millions d'euros, repose sur quatre axes.

1.- Améliorer la prise en charge de la douleur des populations les plus vulnérables. Pour les enfants et les adolescents, le Gouvernement souhaite améliorer la prise en charge de la douleur provoquée par les soins, développer les formes pédiatriques d'antalgiques et mieux dépister et traiter les douleurs chroniques.

Pour les personnes handicapées, âgées et en fin de vie, le plan permettra de diffuser des outils d'évaluation de la douleur et d'aide à la prescription, ainsi que de réaliser des formations de sensibilisation dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et les services de soins à domicile. L'accent est mis sur la prise en charge de la douleur psychologique de ces personnes et sur leur accompagnement lors de l'annonce du diagnostic (cancer, maladie d'Alzheimer...).

2.- Renforcer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé. Dans le cadre du plan, le Gouvernement souhaite créer un diplôme d'étude spécialisée complémentaire sur la douleur et les soins palliatifs, mieux intégrer la douleur au sein du diplôme d'études spécialisées de médecine générale et inscrire ce thème dans le cadre de la formation professionnelle continue des médecins libéraux.

3.- Améliorer les traitements médicamenteux et les méthodes non pharmacologiques dans des conditions de sécurité et de qualité. Il est nécessaire de mieux connaître la consommation des antalgiques, de simplifier le circuit des substances exerçant un effet physiologique similaire à celui de la morphine, de déterminer les conditions de mise en œuvre des traitements à domicile, de prévenir les douleurs induites par les soins et de développer les traitements physiques ou les méthodes psycho-corporelles.

4.- Structurer la filière de soins. Le plan vise à décloisonner l'organisation régionale de la prise en charge de la douleur chronique, dans le parcours de soins, les réseaux de santé, la coopération inter hospitalière et au sein des établissements sociaux et médico-sociaux, en valorisant et en renforçant les structures de prise en charge.

Bibliographie et adresses Internet

Adresses Internet

Formation à l'hypnose

http://www.hypnose.fr/formations_choixpedagogiques.htm

http://www.hypnosium.com/index_id_21.html

<http://perso.wanadoo.fr/afehm.hypnose.medicale/default.html>

Hypnose et la douleur

http://www.cnrdr.fr/article.php3?id_article=302

Ouvrages

- Sous la direction du Dr Jean Marc Benhaiem, **L'hypnose médicale**, édition med-line, septembre 2003.

- Jeannot Hoareau, **L'hypnose médicale**, éditions morisset, septembre 1996.

- **L'infirmière et la douleur**, Institut UPSA de la douleur, 2000.

Différentes échelles d'évaluation de la douleur

a) échelle verbale simple (EVS)

Il s'agit de demander verbalement au patient d'évaluer sa douleur selon 4 à 5 catégories desquelles résultera un score.

ECHELLE VERBALE SIMPLE EN 5 POINTS
Quel est le niveau de votre douleur à l'instant présent?

0 Pas de douleur
1 Faible
2 Modérée
3 Intense
4 Extrêmement intense

<http://www.infirmiers.com/etud/cours/anatphy/douleur.php>

b) échelle numérique (EN)

Elle permet au patient de noter la douleur en sachant que la note minimale est 0 et que la note maximale est 10.

ECHELLE NUMERIQUE

Pouvez-vous donner une note de 0 à 10 pour situer le niveau de votre douleur ?

Note **0** est égale à "pas de douleur"

Note **10** est égale à "la douleur maximale imaginable"

Donner une seule note de 0 à 10 pour la douleur au moment présent

<http://www.infirmiers.com/etud/cours/anatphy/douleur.php>

c) échelle visuelle analogique (EVA)

C'est une règlette qui présente d'un côté une ligne subjective et de l'autre côté une règlette de 100 mm. Le patient tracera un trait ou avancera le curseur en fonction de l'intensité de la douleur allant de "pas de douleur" à "douleur maximale imaginable". Le soignant devra en fonction du déplacement du curseur de la règlette faire correspondre avec la notation se trouvant à l'arrière. Ceci permettra de donner un traitement adapté, elle doit donc être renouvelée toutes les 24 à 48 heures.

<http://www.infirmiers.com/etud/cours/anatphy/douleur.php>

Exemples d'EVA

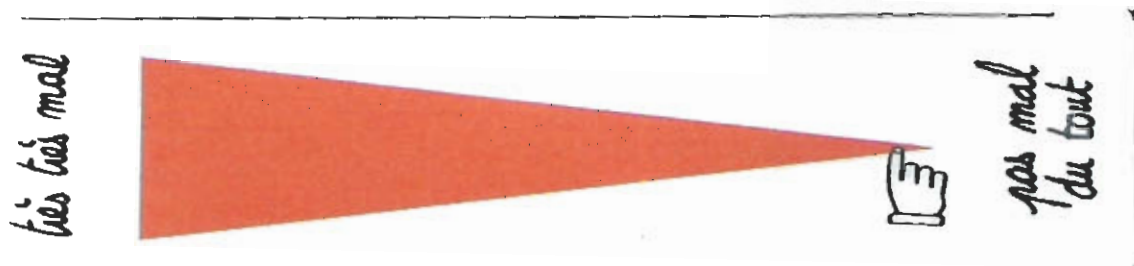


Face à montrer à l'enfant



Face à avoir vers soi

Echelle des 6 visages adaptés à l'enfant de 4 à 6 ans (institut UPSA de la douleur)



Face à montrer à l'enfant

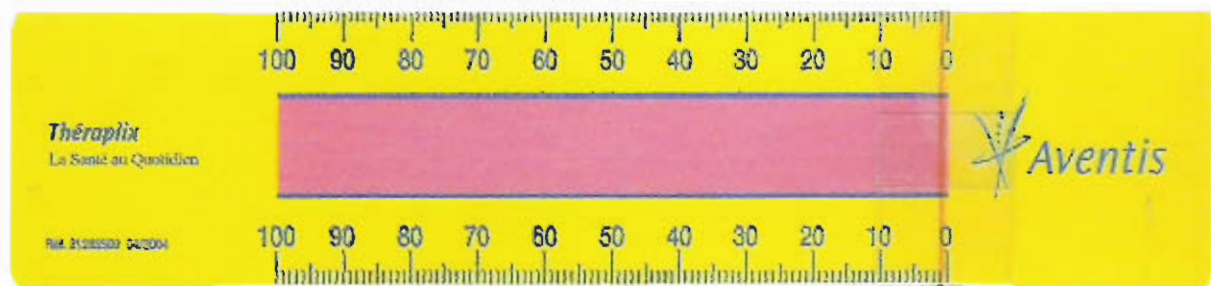


Face à avoir vers soi

Echelle Visuelle Analogique adapté à l'enfant de 6 à 10 ans (Institut UPSA de la douleur)



Face à montrer au patient



Face à garder vers soi

Echelle Visuelle Analogique adaptée à l'enfant de plus de 10 ans et à l'adulte (laboratoire Aventis)

Grille des entretiens

Voici la trame de mes questionnaires d'entretiens

Depuis combien de temps avez vous obtenus votre diplôme d'Etat ou etes vous médecin, ou psychologue ?

Avez vous suivi une autre formation de spécialisation ?

Dans quel type de service exercez vous actuellement?

Depuis combien de temps êtes-vous été formé à l'hypnose ?

Quel type de formation à l'hypnose avez vous suivi ? Quelle est la durée de la formation que vous avez suivie?

Quelles ont été vos motivations pour suivre cette formation?

Dans votre travail de tous les jours, cette méthode psychocorporelle est-elle utile ? Si oui pourquoi?

La mise en oeuvre de l'hypnose est-elle rapide ou plutôt lente selon vous?

Comparée aux méthodes médicamenteuses, l'hypnose agit-elle plus vite ou d'égale vitesse?

Dans quel cadre utilisez vous l'hypnose?

Comment réalisez vous une séance d'hypnose?

Comment réagit le patient quand vous lui dites qu'il va suivre une séance d'hypnose?

Pour le patient, l'hypnose représente-t-elle une avancée bénéfique dans le cadre de la prise en charge de sa douleur?

D'après vous, serait il nécessaire qu'il y ait des apports théoriques sur l'hypnose médicale dans les écoles d'infirmières pendant les études initiales?