

UNIVERSITE de NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

DIPLOME UNIVERSITAIRE
D'HYPNOSE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE

Mémoire de fin d'études

Une place pour l'Hypnose en Urgence Pré Hospitalière,

*Etude auprès des médecins et infirmiers sapeurs-pompiers
du Service de Santé et de Secours Médical du SDIS 06
et primo expérience personnelle*

Docteur Virginie ALAUX-DHENIN

Médecin de Sapeurs-Pompiers Professionnel Hors Classe

Service de Santé et de Secours Médical

Service Départemental d'Incendie et de Secours des Alpes-Maritimes (SDIS 06)

Promotion François ROUSTANG

Année Universitaire 2016 /2017

« Placez-vous là où vous êtes et changez de position, c'est cela le chemin ».

François Roustang

En hommage à Monsieur François Roustang,

Avec tous mes remerciements,

Au Professeur M. RAUCOULES-AIME, Responsable Scientifique du Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale et Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Nice, pour la bienveillance qu'il m'a toujours témoigné tout au long de mon parcours professionnel ; soyez assuré de mon plus profond respect.

A l'équipe pédagogique du Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale et Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Nice, Docteurs N. MEMRAN, M. CARLONE, JM. BENHAIEM, M. DIAZ-ESTRADE, M. MILETTRE-BERNARDIN, O. BENARROCHE, à Mme J. CASALI et l'ensemble des enseignants, pour cette belle année de partages intellectuels et d'échanges profondément humains,

Au Docteur Jean-Philippe Guérin pour son soutien,

A mes collègues Médecins et Infirmiers Sapeurs-Pompiers pour leur participation à ce travail et la richesse des échanges qui en découlent désormais ...

Aux « copines d'hypnose », Luciane, Jane, Jasmine et Nicole...elles sauront bien pourquoi,

A ma famille, à Patrick, à Adeline,

A mes patients.

PLAN

INTRODUCTION	<i>p 3</i>	
 PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR L'HYPNOSE MEDICALE		
I.1 Au fil de l'Histoire, vers une définition de l'hypnose	<i>p 4</i>	
I.2 Hypnose et neurosciences	<i>p 5</i>	
I.3 Les différents types d'hypnose, indications, contre-indications	<i>p 6</i>	
I.4 Processus hypnotique et techniques en hypnose	<i>p 6</i>	
I.5 Signes cliniques de l'hypnose	<i>p 9</i>	
I.6 Ethique	<i>p 10</i>	
 DEUXIEME PARTIE : HYPNOSE EN MEDECINE D'URGENCE PRE HOSPITALIERE		
II.1 Enquête auprès des personnels soignants du SDIS 06	<i>p 11</i>	
1.1 Matériels et Méthode	<i>p 11</i>	
a. Cadre de l'enquête et population étudiée	<i>p 11</i>	
b. Questionnaires d'enquête et mode de recueil des données	<i>p 12</i>	
1.2 Résultats	<i>p 12</i>	
a. Profil des soignants ayant répondu à l'enquête	<i>p 12</i>	
b. Expérience de l'état hypnotique	<i>p 13</i>	
c. Avis et connaissances générales sur l'hypnose	<i>p 14</i>	
d. Intérêt pour l'hypnose et avis sur la place éventuelle de l'hypnose en VLM	<i>p 15</i>	
e. Formation et pratique de l'hypnose	<i>p 17</i>	
II.2 Primo expérience personnelle en urgences pré hospitalières	<i>p 18</i>	
2.1 Matériels et Méthode	<i>p 18</i>	
2.2 Résultats	<i>p 18</i>	
a. Occurrence d'utilisation de l'hypnose en interventions pré hospitalières	<i>p 19</i>	
b. Pathologies pour lesquelles l'hypnose a été utilisée	<i>p 20</i>	
c. Technique utilisée, intégration aux pratiques de médecine d'urgence	<i>p 21</i>	
d. Résultats auprès des patients	<i>p 24</i>	
e. Retour des équipes sapeurs-pompiers	<i>p 25</i>	
 TROISIEME PARTIE : DISCUSSION		<i>p 26</i>
 CONCLUSION		<i>p 36</i>
 BIBLIOGRAPHIE		<i>p 37</i>
 ANNEXES		<i>p 40</i>

INTRODUCTION

L'hypnose médicale est une pratique ancienne et désormais validée scientifiquement pour certains de ces aspects. Cependant, le mot « HYPNOSE » reste empreint d'idées reçues, croyances, appréhensions, préjugés ou moqueries, principalement dues à son utilisation en spectacle.

Loin de la manipulation d'un sujet par un autre, l'hypnose médicale a pour but de permettre au patient de participer à sa propre prise en charge, guidé par l'action du thérapeute.

La relation soigné-soignant occupe alors une place primordiale, centrée sur la communication.

La médecine d'urgence pré hospitalière, exercée à l'hôpital comme chez les sapeurs-pompiers, véhicule elle aussi quelques idées reçues et des aspects bien réels. Urgences vitales, technicité des soins, célérité d'action sont au premier plan d'une médecine un peu « cowboy ».

Dans cet univers d'urgences pré hospitalières, l'hypnose a-t-elle une place ?

Cette problématique engendre différentes questions : Patients et équipes d'interventions sont-ils prêts à tenter l'expérience ? L'usage de techniques hypnotiques est-elle vraiment réalisable face à l'urgence des situations et les multiples contraintes environnementales rencontrées en interventions ? Quels bénéfices peuvent en être attendus alors que les protocoles de prise en charge médicale sont déjà très performants ?

Ce travail a pour objectif d'apporter quelques réponses à ces questions :

- Dans sa première partie, il propose au lecteur un rappel de notions généralistes sur l'hypnose médicale.
- La seconde partie traite de la pratique de l'hypnose dans le contexte de la médecine d'urgence pré hospitalière.

Elle présente d'une part les résultats d'une enquête au sujet de l'hypnose médicale menée auprès de 30 médecins et 76 infirmiers sapeurs-pompiers du Service de Santé et de Secours Médical du Service Départemental d'Incendie et de Secours des Alpes Maritimes (SDIS 06) et d'autre part une synthèse de mes premières expériences en hypnose médicale pré hospitalière sur 5 mois d'interventions lors de mes gardes en Véhicule Léger Médicalisé (VLM) au sein des casernes de sapeurs-pompiers du SDIS 06.

- La troisième partie sous forme d'une discussion à partir des données de la littérature permet d'étayer les réponses à nos problématiques.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES sur L'HYPNOSE MEDICALE

I.1. AU FIL DE L'HISTOIRE, VERS UNE DEFINITION DE L'HYPNOSE ...

Sur le plan étymologique, l'hypnose vient du grec « hypnoûn » qui signifie s'endormir.

Pour autant, l'hypnose n'est ni un état de sommeil ni un état de veille ordinaire ... c'est un état de conscience « différent », « modifié ».

Cet état modifié de conscience dit « état hypnotique » est d'ailleurs un état naturel et banal du corps et de l'esprit que nous expérimentons tous à différents moments de la journée.

Spontanément, il peut survenir devant un bon film, une lecture passionnante, un trajet en voiture, un travail sur ordinateur, mais aussi lors de l'observation d'un paysage ou d'un tableau... Dans ces moments, nous devenons moins sensibles aux stimulations extérieures pour focaliser toute notre attention sur un élément précis, déconnectés de la réalité environnante, tout en étant présent ici, mais aussi ailleurs.

D'apparition spontanée, cet état est alors qualifié de « transe naturelle ». La transe naturelle peut être positive (être absorbé par une lecture agréable,..) comme négative (focalisation sur un vécu désagréable, une douleur ...). Cet état est encore plus habituel chez l'enfant car chez lui il n'y a que peu de barrières entre réel et imaginaire, contrairement à l'adulte chez qui la dichotomie entre « cerveau gauche », siège de la pensée analytique, des raisonnements logiques et du langage, et « cerveau droit » siège de la pensée intuitive, de la créativité, de l'imagination et des émotions, est plus marquée.

Dans le milieu médical, l'hypnose est une pratique qui s'est développée depuis le 18^e siècle avec notamment les travaux du médecin allemand F.A Mesmer mais l'utilisation de l'état hypnotique est beaucoup plus ancienne. Comme le souligne le Dr JM BENHAIEM, Directeur du Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale de l'Université Paris VI Pitié Salpêtrière, dans son livre « L'hypnose médicale »¹, l'histoire de l'hypnose débute, en effet, lorsque les humains ont perçu que l'art de soigner passait par la relation à un patient, « *une relation faite de mots, de regards, de gestes, autant d'éléments décisifs pour l'acte médical* ».

De grands noms de la médecine, comme BRAID, CHARCOT, FREUD, BERNHEIM, ont contribué à son étude et son développement en psychothérapie comme dans le traitement de douleurs chroniques.

Tour à tour condamnée et encensée, supplantée par l'essor des thérapeutiques pharmacologiques, l'hypnose retrouve une réelle impulsion au milieu du 20^e siècle grâce au psychiatre américain Milton ERICKSON.

Pour ERICKSON, l'hypnose est un « *état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient* » ; son approche innovante repose sur la conviction que le patient possède en lui les ressources pour répondre de manière appropriée aux situations qu'il rencontre, le thérapeute agissant alors simplement comme un catalyseur, un guide.

Ainsi, pratiquer l'hypnose c'est, par une communication appropriée avec le patient, induire cet état de conscience particulier caractérisé par une indifférence à l'extérieur et une hyper suggestibilité. Cette « transe provoquée » peut alors être utilisée pour amplifier les ressources internes du patient pour lutter contre l'anxiété, la douleur et faire disparaître des symptômes.

En France, l'essor contemporain de l'hypnose, sur les fondements transmis par ERICKSON, est notamment lié au développement des soins de support en cancérologie, au travers des « Plan Cancer » successifs. L'hypnose apparaît comme un vecteur redonnant une dimension humaniste aux soins. Sa pratique intéresse dès lors de nombreuses spécialités.

En 2015, l'American Psychological Association (APA) donne à l'hypnose une définition pouvant correspondre à tous ses champs de pratique, ainsi traduite « *l'hypnose est un état de fonctionnement psychologique qui induit une absorption de l'attention et une diminution de la conscience caractérisé par une plus grande capacité à répondre aux suggestions* ». ²⁻³

In fine, le philosophe et hypno thérapeute contemporain François ROUSTANG, maître dans le monde francophone de l'hypnose, en a peut être donné la formule descriptive la plus simple en énonçant :

« *L'hypnose ne serait plus à désigner de ce mot qui signifie sommeil ou alors il faudrait remarquer que c'est encore une forme de sommeil bien paradoxale puisque le sujet n'est pas endormi même s'il en a l'apparence et que certains modes propres à la veille y acquièrent une intensité particulière.* »

Par analogie avec le sommeil paradoxal, stade du cycle de sommeil propice à l'éclosion des rêves, « *l'hypnose pourrait s'appeler veille paradoxale* » d'une part « *parce qu'elle est prélevée sur le temps de veille et que le dialogue qui s'instaure avec le thérapeute suppose l'état de veille* » et d'autre part « *parce que le corps y apparaît sous les traits du sommeil et que les caractères de la veille s'y manifestent avec plus de force et d'ampleur.* » ¹⁻⁴

I.2. HYPNOSE ET NEUROSCIENCES

L'intérêt suscité en clinique par l'hypnose, et le développement des neurosciences, a permis d'en étudier les mécanismes physiologiques et de valider scientifiquement certains de ses bénéfices.

Au cours des 25 dernières années, la tomographie par émission de positons (TEP) et l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) ont permis de démontrer des changements d'activité cérébrale produits par la procédure hypnotique, notamment grâce aux travaux d'auteurs comme MAQUET, FAYMONVILLE et RAINVILLE.

Concernant la douleur par exemple, les résultats expérimentaux indiquent que les suggestions d'analgésie sont capables d'interagir sélectivement avec les processus neurophysiologiques impliqués dans l'élaboration et la modulation de la sensation douloureuse. Ainsi, RAINVILLE a montré qu'en présence d'un stimulus douloureux, un sujet sous hypnose à qui l'on suggère que la sensation n'est pas déplaisante présente une modification de l'activité du cortex cingulaire antérieur (*Rainville, Duncan et al. 1997*), région associée à la composante émotionnelle de la douleur. ⁵

La recherche clinique classique se heurte, néanmoins, à des difficultés méthodologiques, compte-tenu du caractère subjectif du vécu des patients. En effet, les bénéfices de l'hypnose tels que formulés par les patients ont du mal à être traduits en termes numériques à l'aide des instruments cliniques habituellement utilisés dans les études. Cette difficulté méthodologique contribue très vraisemblablement au fait que l'hypnose n'a pas encore obtenue de reconnaissance officielle dans tout le champ de ses indications.

I.3. LES DIFFERENTS TYPES D'HYPNOSE, INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS

L'hypnose peut être pratiquée de façon intégrée ou de façon spécifique.

La pratique intégrée permet à un praticien d'utiliser les techniques hypnotiques dans le cadre de sa spécialité diplômante.

On distingue dès lors :

- l'hypnoanalgésie où l'hypnose est utilisée comme méthode antalgique
- l'hypnosédation qui combine hypnose et sédation consciente intraveineuse, et dont le but est d'amplifier les ressources d'anxiolyse et d'analgésie chez les patients
- l'hypnothérapie qui correspond à un usage psychothérapeutique de l'hypnose

Les champs d'applications de l'hypnose médicale sont vastes⁵ : prise en charge des douleurs aiguës et chroniques, anesthésie, anxiolyse, troubles dépressifs, burn-out, syndrome post traumatique, troubles du comportement alimentaire, addictologie, affirmation du soi, coaching, sexologie, neurologie (migraine, paralysie faciale à frigore), pneumologie et ORL (asthme, allergies, acouphènes,...), cardiologie (certains troubles du rythme, HTA, ...), gynécologie et obstétrique, dermatologie, dentisterie, soins palliatifs, chirurgie.

Dans le domaine de la prévention, l'hypnose permet de sensibiliser le sujet à la notion de santé holistique, l'encourageant à se prendre en charge, à développer ses ressources et ses potentialités grâce à l'autohypnose (par exemple pour prévenir une crise d'asthme, ou en diminuer l'intensité).

Comme le souligne le Dr JM. BENHAIEM, " *L'hypnose médicale intervient à chaque fois qu'une personne vit mal ce qui lui arrive. Elle peut aider à vivre un moment difficile. Mais comme l'expliquait Erickson, l'hypnose médicale ne soigne pas le cancer, elle soigne une personne*". L'hypnose ne soigne pas la pathologie mais bien la façon dont la personne l'appréhende.

A contrario, les contre-indications de l'hypnose médicale se limitent aux troubles psychiatriques sévères (troubles psychotiques aigus, bouffées délirantes, paranoïa).

Les effets indésirables sont inexistantes dès lors que la pratique respecte des règles d'éthique et de déontologie (*cf infra*).

I.4. PROCESSUS HYPNOTIQUE ET TECHNIQUES EN HYPNOSE

Toute personne est hypnotisable, à des degrés variables ; la distribution de l'hypnotisabilité dans la population générale répond en effet à une courbe de Gauss (*Hillgard, 1965*).

L'hypnose est un processus en plusieurs étapes, qui, pour citer BENHAIEM, « *permet de passer de la maîtrise à la non maîtrise* ».

Ce processus débute par une phase dite « d'accueil » « de rapport » qui permet la construction de la relation entre le patient et le thérapeute, empreinte de confiance et de respect. Dans cette phase, il s'agit de créer « l'alliance thérapeutique »⁶ qui conditionnera la qualité ultérieure du processus.

L'étape suivante, dite phase « d'induction » consiste à amener le patient en état d'hypnose.

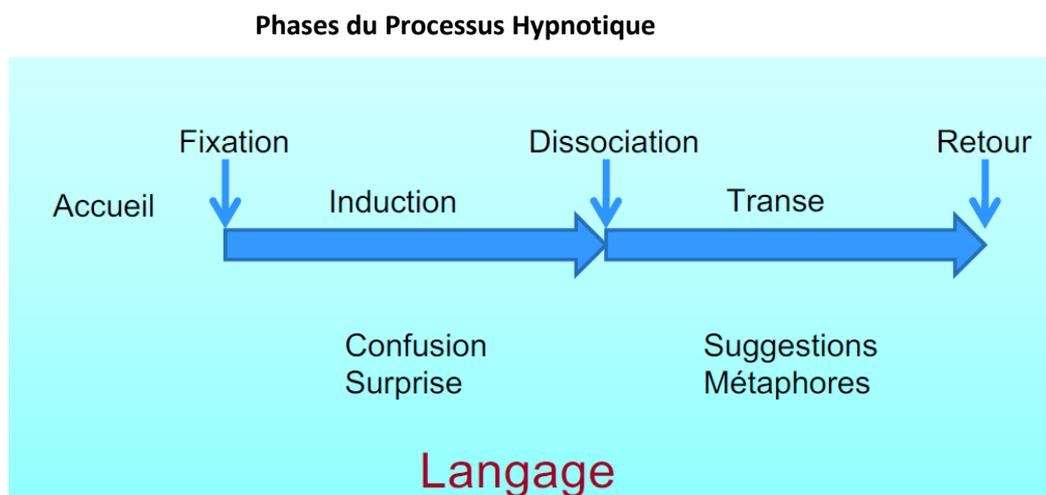
Au cours de cette phase, il s'agit pour le thérapeute de guider le patient, de façon plus ou moins directive (*cf infra*) pour focaliser/fixer son attention (absorption), saturer son attention (confusion), diviser son attention (dissociation), l'objectif final étant de dépotentialiser le conscient, en shuntant l'esprit critique pour libérer le fonctionnement du cerveau inconscient.

Cette « absence provoquée », dans un contexte bienveillant, possède des caractéristiques physiologiques d'analgésie et de diminution de l'anxiété, et convient donc aux soins douloureux, aux gestes chirurgicaux non invasifs et aux explorations endoscopiques.⁵

L'induction est suivie de la phase de « transe hypnotique » à proprement parler.

Cette phase d'activation inconsciente est un état de forte activité cérébrale qui permet un travail de l'inconscient du patient grâce à la réceptivité accrue aux suggestions thérapeutiques prodiguées par le thérapeute. Elle conduit à une réponse hypnotique caractérisée par une « perceptude », un « changement », une « appropriation » permettant de résoudre des blocages variés (phobies, douleurs chroniques, addictions, ...).

Enfin, le processus s'achève par une « réassociation » correspondant à un retour du patient à un état de conscience ordinaire, toujours guidé par le thérapeute.



Sur le plan de sa pratique, l'hypnose recouvre « 2 grandes écoles » : l'hypnose classique et l'hypnose Ericksonienne.

L'hypnose classique se caractérise par la position haute du praticien vis-à-vis du patient.

Les inductions sont rapides voire instantanées et se pratiquent dans un contexte formel voire ritualisé mettant en œuvre un enchaînement de tests de suggestibilité et des phénomènes idéomoteurs. Les suggestions sont directes.

Dans ce contexte, un certain nombre de résistances du patient peuvent être rencontrées.

L'hypnose Ericksonienne est caractérisée par la position basse du thérapeute ; cette pratique hypnotique ne dirige pas le patient, mais l'accompagne.

Les inductions sont progressives, pratiquées dans un contexte formel ou informel (communication hypnotique, hypnose conversationnelle). Les suggestions sont indirectes et utilisationnistes (évoquant d'un souvenir agréable, safe place, relaxation corporelle...).

Par sa permissivité, cette hypnose contourne les résistances mais peut ne pas convenir à tous les patients et peut se révéler éprouvante pour le thérapeute. Il y sera plus difficile d'évaluer la profondeur de la transe du patient.

L'hypnose conversationnelle, qui use des techniques d'hypnose Ericksonienne, est une forme de communication qui permet d'entrer en contact avec l'inconscient d'une autre personne, en utilisant un langage spécifique (*cf infra*), au cours d'une conversation qui semble anodine.

La mise en place de l'hypnose conversationnelle s'avère aisée car aucune explication n'est nécessaire. Il n'y a pas besoin d'établir un cadre, un objectif et un contrat contrairement à la pratique de l'hypnose formelle.

D'un point de vue technique, l'hypnose repose sur la communication, sous une forme bien particulière appelée communication thérapeutique.

L'observation et le langage sous toutes ses formes (verbal, paraverbal, non verbal) occupent la place centrale.

Le langage verbal revêt un vocabulaire et une grammaire spécifique.

Il s'agit de parler au présent, de ratifier, d'utiliser des mots simples et protecteurs, à consonance positive et adaptés au cadre de référence du patient, des verbes d'action et de mouvements induisant une idée de changement et de transformation positive ainsi que de proposer des reformulations affirmatives et positives.

Par exemple, « *ne vous inquiétez-pas* » pourra être remplacé par « *rassurez-vous*, « *ne bougez pas* » par « *restez tranquille* », « *attention, c'est froid* » par « *vous ressentez le frais* ». En effet, si la négation a du sens lorsque le sujet est en conscience critique, elle n'est plus perçue lorsqu'il est en état hypnotique, et le patient peut alors entendre l'inverse du message que l'on souhaite transmettre.

Le langage para verbal correspond, quand à lui, à la manière dont les mots et les phrases sont prononcés. En hypnose, le rythme verbal est ralenti, l'intonation monocorde, le timbre plus bas, la place est laissée à des pauses et des silences. Le thérapeute s'ajuste au rythme respiratoire du patient et parle sur l'expiration. Les mots à connotation positive sont « saupoudrés » c'est-à-dire accentués et séparés du reste du discours.

Le langage non verbal est tout aussi important : poignée de main accompagnant le « bonjour », se présenter, trouver la bonne distance par rapport au patient (proxémie), adopter une attitude en miroir (mirroring), ratifier les mouvements du patient, faire preuve d'empathie.

En observant son patient et en adaptant sa communication, le thérapeute se synchronise (pacing) avec lui pour mieux le guider (leading). Ainsi écouté, respecté, porté par un langage qui insiste en permanence sur le confort, encouragé, félicité, le patient trouve sa place dans le soin et accède à ses propres ressources thérapeutiques.

Les techniques d'induction sont nombreuses ⁷. L'absorption de l'attention s'appuie, entre autres, sur la focalisation sensorielle (VAKOG), respiratoire, corporelle.

La saturation de l'attention peut être obtenue, notamment, par surcharge motrice, sensorielle ou cognitive et confusion par interruption brutale de la séquence.

La dissociation de l'attention se base sur l'emploi d'un langage dissociatif (*ex* : « ces mains » plutôt que « vos mains ») et les dissociations corporelles, spatiales ou temporelles (« être ici et ailleurs », « dans le présent et dans un souvenir », « être à la fois spectateur et acteur »).

Les techniques de suggestions sont également nombreuses : choix illusoire, truisme, yet-set, Les métaphores ⁸, qui font appel à l'imaginaire du patient, occupent une place de choix.

On peut citer parmi elles les métaphores simples ou imbriquées, métaphores du changement, anecdote, parabole, ..., ouvertes ou fermées, simples ou composées.

Pour autant, quelques soient les techniques utilisées, trois conditions fondamentales sont nécessaires à la pratique de l'hypnose médicale⁹ :

- ✓ motivation du patient
- ✓ coopération du patient
- ✓ confiance du patient dans le thérapeute

I.5. SIGNES CLINIQUES DE L'HYPNOSE

Les signes cliniques de la transe hypnotique peuvent être variables d'un sujet à l'autre et d'une séance à l'autre.

En lien avec l'influence de l'hypnose sur le système nerveux autonome, la régulation endocrinienne, le contrôle de la douleur et de l'anxiété, ces signes sont à la fois physiques et psychiques.

Ainsi, selon les sujets, peut-on observer une modification de la fréquence cardiaque, un ralentissement du rythme respiratoire, une dilatation pupillaire, une fixité du regard ou des mouvements oculaires rapides, un relâchement musculaire, une modification de la coloration de la peau.

Les modifications psychiques peuvent, quant à elles, se manifester par un état dissocié, une réactivité accrue aux suggestions, une interprétation littérale, un comportement « comme si », une attention sélective, une production et/ou évocation d'images mentales, une expression facilitée des émotions, une facilitation des souvenirs, une amnésie, une hypermnésie.

I.6. ETHIQUE

L'hypnose fait partie des médecines dites « non conventionnelles », « complémentaires », « alternatives ».

La pratique de l'hypnose médicale n'est, à ce jour, pas reconnue par le Conseil de l'Ordre des Médecins et reste donc non réglementée.

Ainsi, l'hypnose n'est pas réservée aux seuls soignants et sa pratique à des fins « médicales » souffre de dérives de la part de pratiquants incompetents dans le domaine du soin, voire malintentionnés, ce qui contribue à faire persister les méfiances et dénigrement à son égard. Néanmoins, malgré l'absence de législation claire, notamment sur la formation du « grand public » à l'hypnose, ces dérives font l'objet de condamnation pour exercice illégal de la médecine lorsqu'elles sont identifiées.⁵

L'hypnose médicale souffre aussi de l'amalgame fait avec l'hypnose de spectacle et hypnose de rue. Le célèbre artiste hypnotiseur MESSMER ne s'est-il pas d'ailleurs inspiré du Docteur FA.MESMER pour le choix de son nom de scène ?

Si l'hypnose spectacle est respectable dans son environnement spécifique, il convient de la distinguer de l'hypnose médicale car, bien que toutes deux fassent appel à un processus similaire, elles diffèrent totalement dans leur façon d'aborder l'humain et dans leur finalité.

Pour autant, l'hypnose médicale est reconnue par l'Académie Nationale de Médecine et la Haute Autorité de Santé, ainsi que par la Société Française d'Anesthésie Réanimation, dans certaines indications (prise en charge de la douleur aiguë de l'enfant notamment).⁵

La Classification Communes des Actes Médicaux (CCAM) comporte un code « Séance d'hypnose à visée antalgique » mais cet acte est non remboursable.

Cependant, l'Assurance Maladie, bien que n'assurant pas le remboursement des séances d'hypnose à proprement parler, prend en charge le remboursement d'une consultation médicale selon les règles habituelles, pour une consultation d'hypnose réalisée par un médecin conventionné.

Œuvrant pour la reconnaissance de l'hypnose médicale, la Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapie Brève (CFHTB) ainsi que l'Association Française pour l'Etude sur l'Hypnose Médicale (AFEHM) ont défini un code éthique, basé sur le respect des règles de bioéthique et de déontologie, que tout soignant formé à l'hypnose s'engage à respecter.

Ces associations travaillent pour que la pratique de l'hypnose soit réservée aux professionnels de santé qui, de par leur formation diplômante, sont les seuls à même de la proposer uniquement aux patients à qui elle peut se révéler utile et de les réorienter vers d'autres thérapeutiques qui leur seraient nécessaires le cas échéant.

DEUXIEME PARTIE : HYPNOSE en MEDECINE D'URGENCE PRE HOSPITALIERE

II.1 : ENQUETE AUPRES DES PERSONNELS SOIGNANTS SAPEURS-POMPIERS DU SDIS 06

II.1.1 MATERIELS ET METHODE

II.1.1 a) Cadre de l'enquête et population étudiée

L'enquête a été réalisée au sein du Service Départemental d'Incendie et de Secours des Alpes Maritimes (SDIS 06).

Conformément au Code Général des Collectivités Territoriales¹⁰, le SDIS est un établissement public chargé d'assurer la sécurité des biens et des personnes. Le corps départemental des Alpes-Maritimes compte environ 4500 agents (sapeurs-pompiers volontaires, sapeurs-pompiers professionnels, personnels administratifs et techniques) et 76 casernes réparties en 2 groupements territoriaux.

Le SDIS 06 dispose d'un Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) dont les missions sont notamment d'assurer la médecine professionnelle et préventive des sapeurs-pompiers, le soutien sanitaire aux opérations sapeurs-pompiers, la formation médico secouriste, et de participer à la médicalisation du Secours d'Urgence Aux Personnes (Aide Médicale Urgente).

Pour assurer la mission de médicalisation du Secours d'Urgence Aux Personnes, le SSSM dispose de 7 vecteurs médicalisés et/ou para médicalisés ainsi que d'une garde médicale hélicoptérée armant l'Hélicoptère de la Sécurité Civile Dragon 06.

La répartition territoriale de ces vecteurs (Annexe 1) répond aux exigences du Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques (SDACR)¹¹ et assure une complémentarité avec les moyens des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) hospitaliers conformément au Référentiel Commun relatif à l'Organisation du Secours à Personnes et de l'Aide Médicale Urgente¹².

Les VLM (Véhicule Léger Médicalisé), dont la dotation est équivalente à celle d'un SMUR hospitalier, sont armées par un équipage sapeur-pompier comprenant un médecin urgentiste ou anesthésiste réanimateur, un infirmier diplômé d'état ou infirmier anesthésiste diplômé d'état et un conducteur secouriste.

Les VLI (véhicule de Liaison Infirmier) sont armés par un infirmier diplômé d'état ou infirmier anesthésiste diplômé d'état formé à l'application de protocoles infirmiers de soins d'urgences (PISU) et un conducteur secouriste.

Au total, ce sont 47 médecins (effectif auquel je fais partie) et 101 infirmiers qui participent aux missions opérationnelles en VLM et VLI.

Les personnels professionnels sont des agents salariés temps plein du SDIS06 agissant sous statut de fonctionnaire public territorial. Les personnels volontaires sont des praticiens, qui assurent les gardes au sein du SDIS au titre du volontariat, en sus de leur activité professionnelle habituelle.

Tous sont soumis aux mêmes obligations professionnelles (éthique, mise à jour des connaissances, ..).

II.1.1 b) Questionnaires d'enquête et mode de recueil des données

L'enquête a consisté en 2 questionnaires, l'un destiné aux médecins sapeurs-pompiers et l'autre aux infirmiers sapeurs-pompiers.

Le questionnaire « Médecins » comporte 12 questions obligatoires et 2 optionnelles (Annexe 2).

Le questionnaire « Infirmiers » comporte 14 questions obligatoires et 2 optionnelles (Annexe 3).

Les questions ont été élaborées afin de répondre aux problématiques suivantes :

- Comment les soignants appréhendent-ils l'hypnose, en ont-ils une expérience personnelle, quels sont leur avis et connaissances sur cette pratique ?
- Se sont-ils déjà intéressés à l'hypnose ? Quelle place pourrait-elle occuper en urgences pré hospitalières en VLM ?
- Sont-ils déjà formés ? Souhaiteraient-ils l'être ?

Les questionnaires ont été conçus et testés, puis mis à disposition des soignants sur le site Google forms via un lien internet. Pour chacun des 2 questionnaires, les réponses ont été enregistrées en retour sur Google forms avec possibilité d'analyse individuelle ou collective.

Chaque personne interrogée ne pouvait répondre qu'une fois au questionnaire.

L'enquête a eu lieu du 30 mars au 15 avril 2017.

L'information et la demande de participation auprès des soignants a été réalisée par mail. Une relance a été faite à une semaine. La clôture de l'enquête a été marquée par un message de remerciements.

II.1.2 RESULTATS

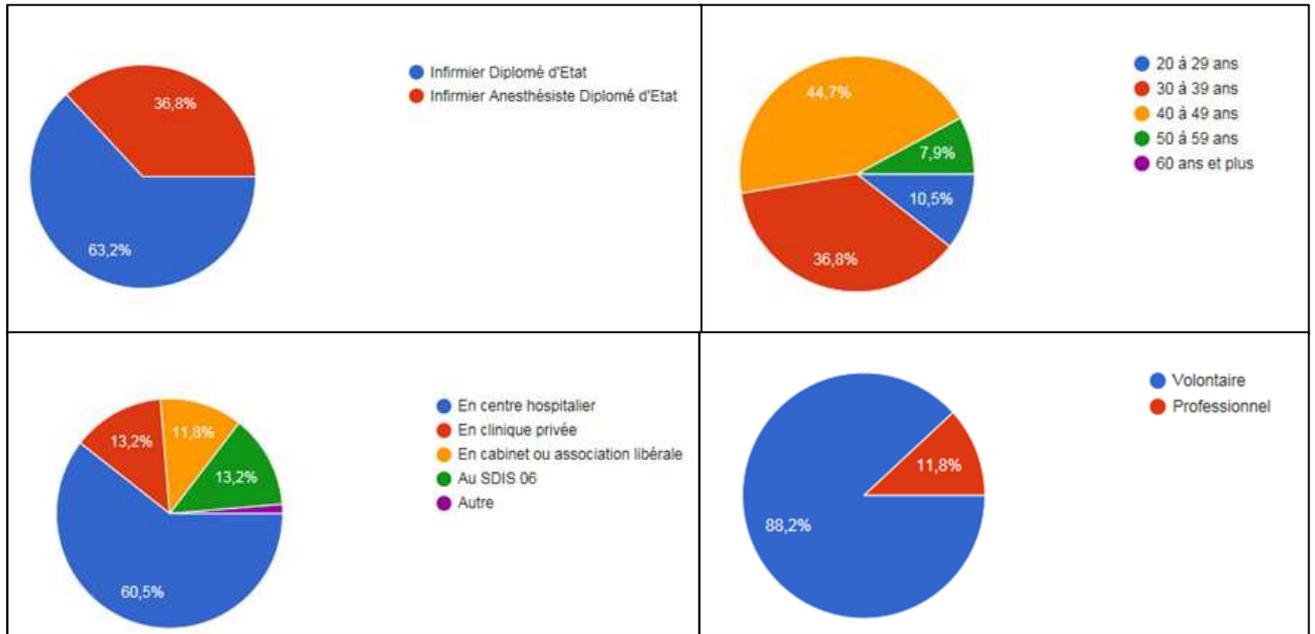
Du 30 mars au 15 avril 2017, 106 soignants : 30 médecins sapeurs-pompiers (MSP) et 76 infirmiers sapeurs-pompiers (ISP) ont participé à l'enquête, soit 65,2 % de l'effectif interrogé pour les médecins (moi exclue) et 74,5 % pour les infirmiers.

II.1.2 a) Profil des soignants ayant répondu à l'enquête

Médecins :



Infirmiers :



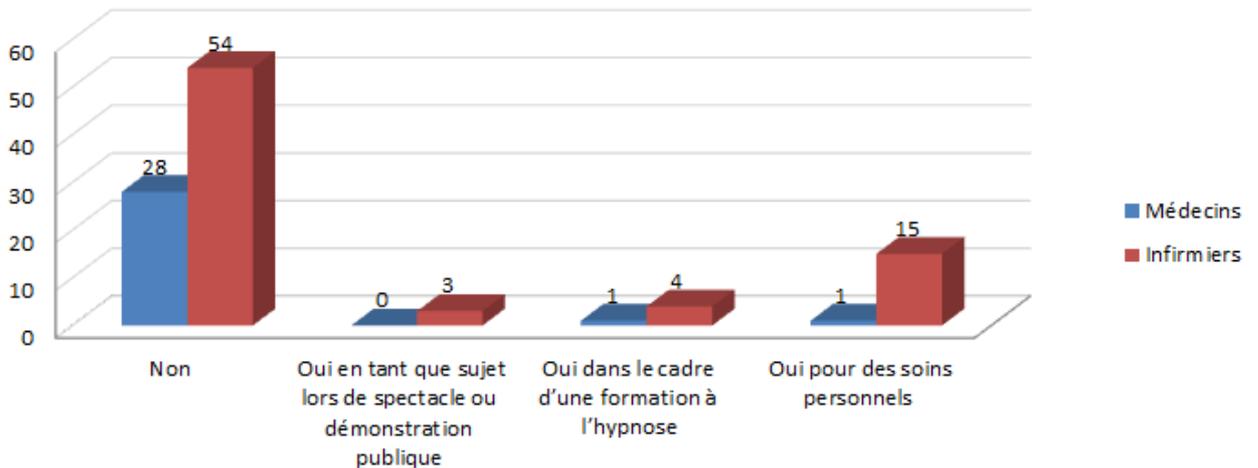
Ces profils reflètent bien le profil général des médecins et infirmiers du SSSM.

On note que parmi la population de soignants sapeurs-pompiers volontaires, qu'ils soient médecins ou infirmiers, la majorité pratiquent en service d'urgences/SMUR, de réanimation ou au bloc opératoire.

II.1.2 b) Expérience de l'état hypnotique

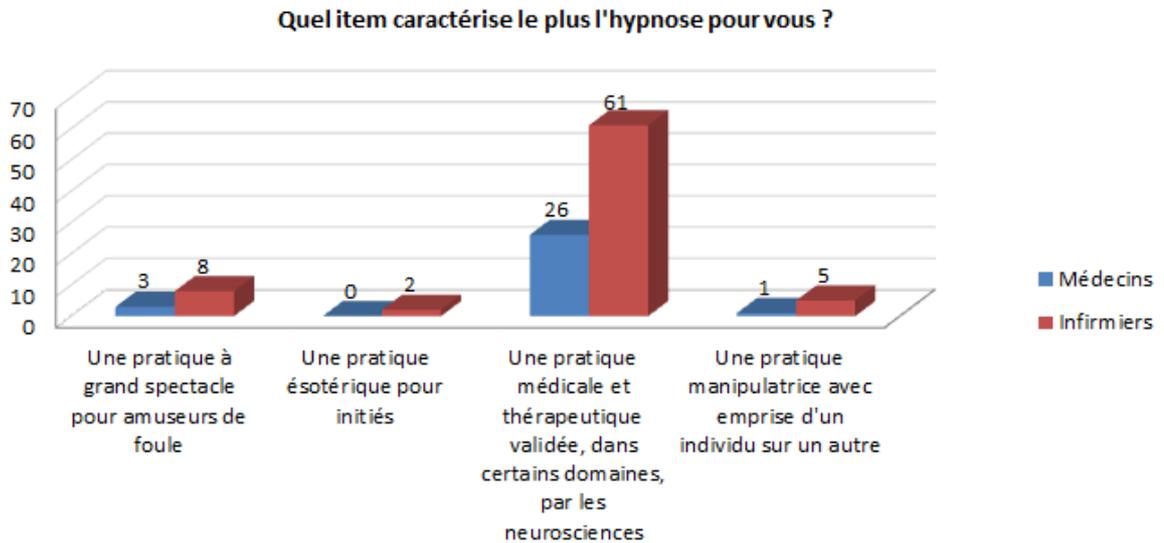
Parmi ces 106 soignants, seuls 2 médecins (6,7 %) et 22 infirmiers (28,9 %) ont déjà vécu personnellement une expérience hypnotique, essentiellement dans un cadre médical et thérapeutique (formation ou soin).

Avez-vous déjà été hypnotisé ?

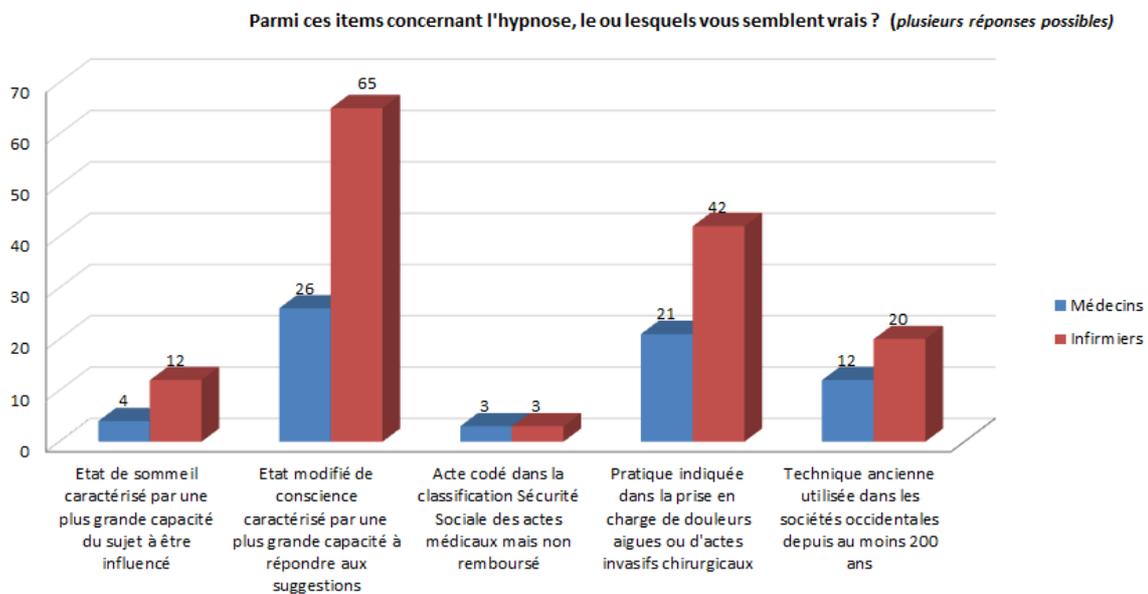


II.1.2 c) Avis et connaissances générales sur l'hypnose

A la question « Quel item caractérise le plus l'hypnose pour vous ? », l'hypnose est citée spontanément et très majoritairement comme une pratique médicale et thérapeutique validée dans certains domaines par les neurosciences (86,7% des médecins et 80,3% des infirmiers).



La majorité des soignants (86,7 % des médecins et 85,5 % des infirmiers) définissent, à juste titre, l'hypnose comme un état modifié de conscience caractérisé par une plus grande capacité à répondre aux suggestions.



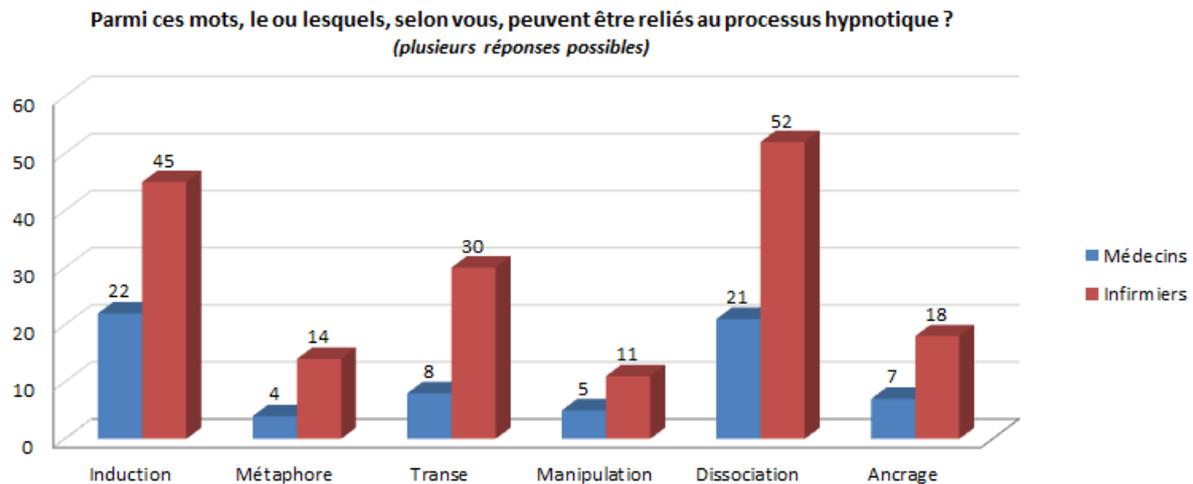
70 % des médecins et 55,3 % des infirmiers placent la pratique de l'hypnose dans le champ de la prise en charge de douleurs aiguës ou d'actes invasifs chirurgicaux.

Les items ayant trait à l'ancienneté de l'hypnose dans nos sociétés et sa place dans le système de soins (codification Sécurité Sociale) sont peu cités.

Concernant les mots pouvant être reliés au processus hypnotique, les mots « induction » et « dissociation » sont les plus cités, suivis du mot « transe », respectivement 73,3 %, 70 % et 26,7 % pour les médecins, 59,2 %, 68,4 % et 39,5% pour les infirmiers.

La « métaphore » est citée par seulement 13,3% des médecins et 18,4 % des infirmiers.

On note que 16,7% des médecins et 14,5 % des infirmiers retiennent le mot « manipulation » comme ayant un lien avec le processus hypnotique.



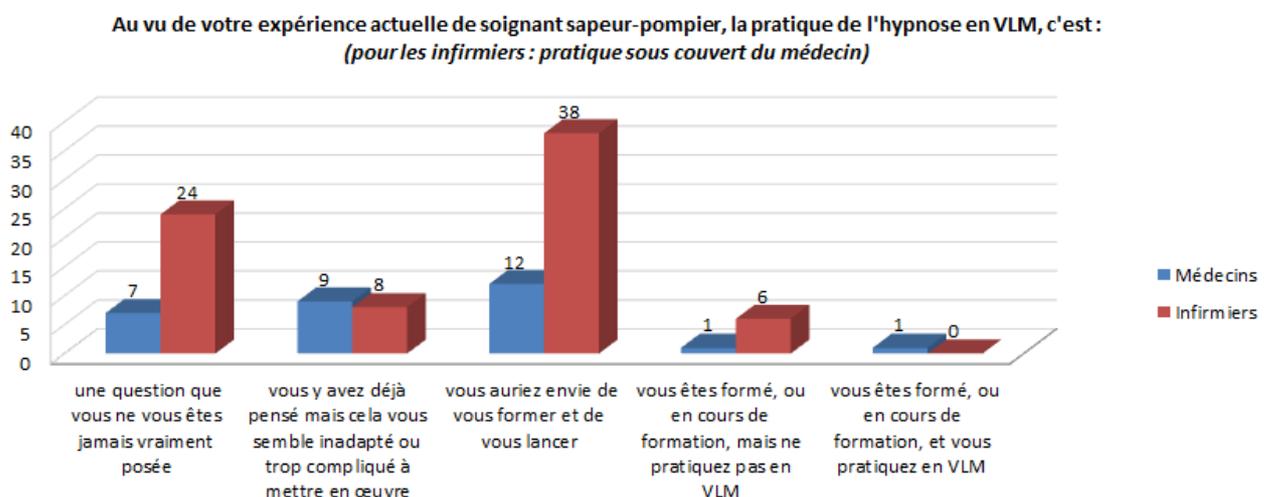
II.1.2 d) Intérêt pour l'hypnose et avis sur la place éventuelle de l'hypnose en VLM

Globalement, l'hypnose suscite l'intérêt de la moitié des soignants ayant répondu à l'enquête :

- 40 % des médecins et 50 % des infirmiers ont envie de se former et de se lancer dans la pratique
- 6,7 % des médecins et 7,9 % des infirmiers se déclarent formés ou en cours de formation, on note que parmi ceux-ci, un seul médecin déclare pratiquer en VLM

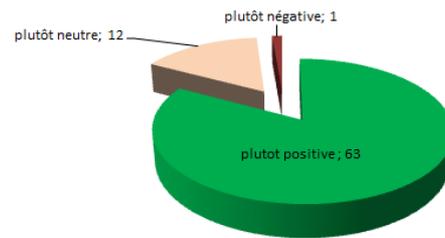
Pour 30 % des médecins et 10,5 % des infirmiers, la pratique semble inadaptée ou trop compliquée à mettre en œuvre dans le cadre pré hospitalier en VLM.

23,3 % des médecins et 31,6 % des infirmiers ne se sont jamais vraiment intéressés au sujet.



Les infirmiers apparaissent majoritairement ouverts à une pratique de l'hypnose par le médecin : 82,9 % indiquent qu'il aurait une réaction plutôt positive.

En tant qu'infirmier, membre de l'équipe d'intervention VLM, quelle serait votre réaction si le médecin pratiquait une séance d'hypnose à un patient lors de l'intervention

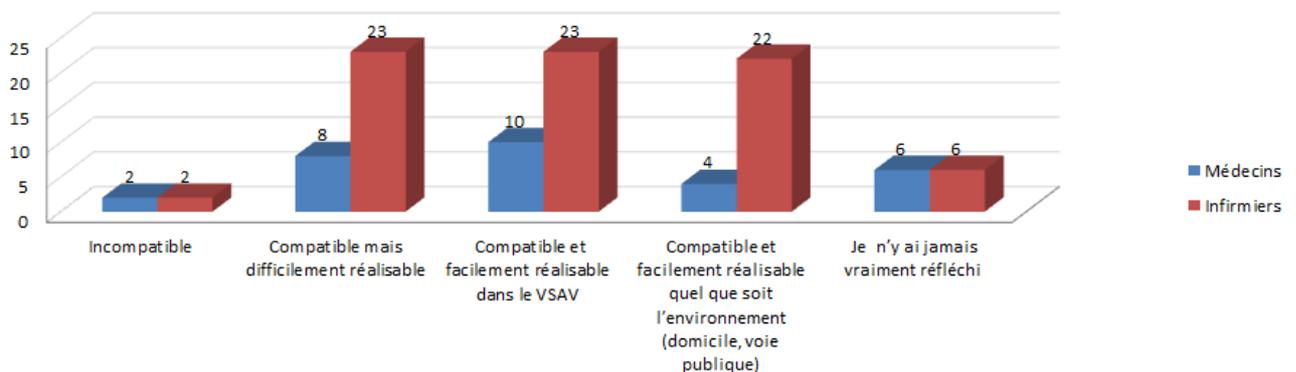


Au regard de l'environnement et conditions d'interventions propres au pré hospitalier, 73,3 % des médecins et 89,4 % des infirmiers considèrent que la pratique de l'hypnose est compatible avec l'environnement pré hospitalier :

- Pour 26,7 % des médecins et 30,2 % des infirmiers elle apparaît néanmoins difficilement réalisable.
- 33,3 % des médecins, 30,2 % des infirmiers réserveraient cette pratique à un usage dans l'ambulance sapeur-pompier (VSAV).
- Seuls 13,3 % des médecins et 29 % des infirmiers considèrent qu'elle serait réalisable n'importe où.

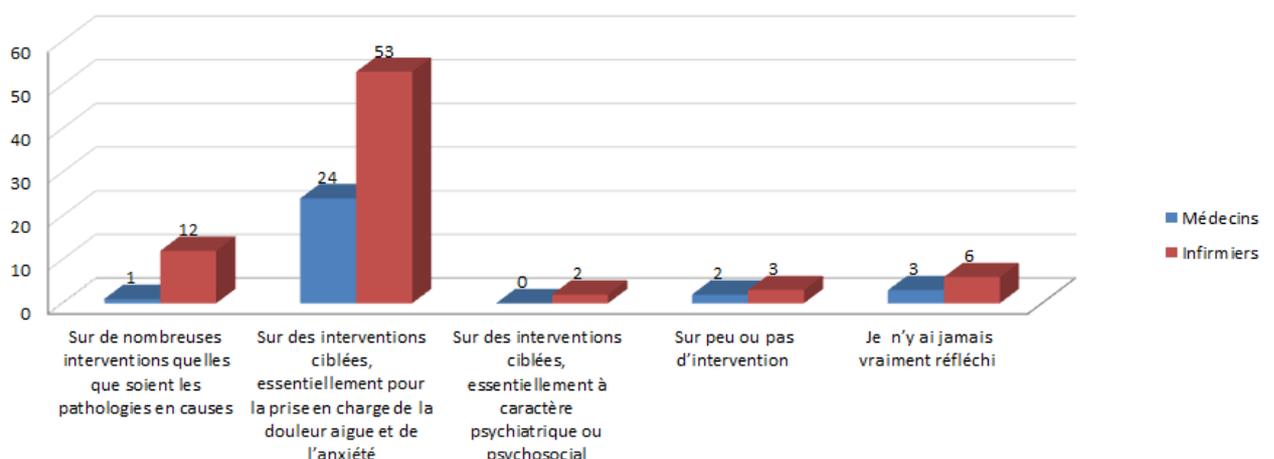
Pour 6,7 % des médecins et 7,9 % des infirmiers, la pratique apparaît incompatible avec l'environnement pré hospitalier.

Au vu de votre expérience actuelle de soignant Sapeur-Pompier, la pratique de l'hypnose en VLM vous paraît d'un point de vue environnemental :



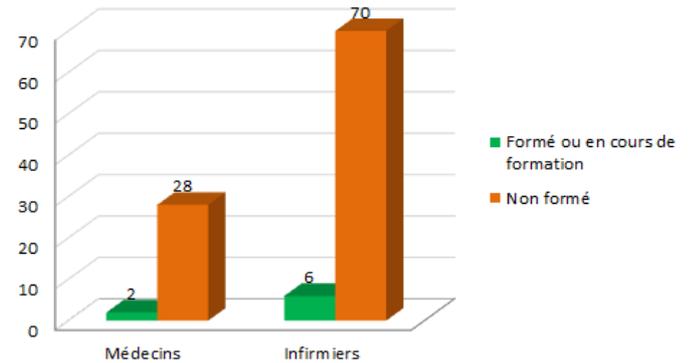
Concernant les indications de l'hypnose en pré hospitalier, 80 % des médecins et 69,7 % des infirmiers la réserveraient à la prise en charge de la douleur aiguë et de l'anxiété. Pour 15,8 % des infirmiers, l'hypnose pourrait être indiquée sur de nombreuses interventions quelque soient la pathologie.

Au vu de votre expérience actuelle de soignant Sapeur-Pompier, sur le plan des pathologies à prendre en charge, la pratique de l'hypnose en VLM pourrait selon vous trouver une place :



II.1.2 e) Formation et pratique de l'hypnose

Seuls 8 soignants (2 médecins, soit 6,7 % et 6 infirmiers soit 7,9 %) se déclarent formés ou en cours de formation à l'hypnose.



1 médecin est en cours de formation universitaire (il participe également au DU d'Hypnose Médicale et Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Nice cette année), l'autre a été formé au sein de son service.

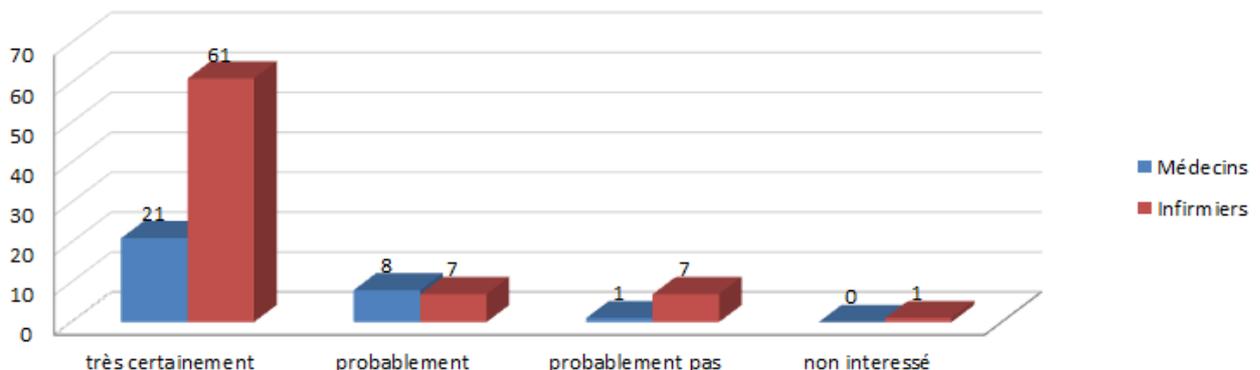
Dans le cadre de leur activité professionnelle, l'un pratique l'hypnose de temps en temps, l'autre pas.

4 Infirmiers ont été formés au sein d'associations de formation à l'hypnose pour les professionnels de santé, 2 ont été formés au sein de leur service par d'autres collègues.

Leur pratique de l'hypnose, dans le cadre de leur activité professionnelle est variable : 1 déclare pratiquer très fréquemment, 1 fréquemment, 1 de temps en temps, 1 rarement et 2 ne pratiquent pas.

Si peu sont formés à l'hypnose, un grand nombre de soignants manifeste leur intérêt pour l'être. Ainsi, c'est 70 % des médecins et 80 % des infirmiers qui déclarent qu'ils assisteraient « très certainement » à une formation de découverte de l'hypnose médicale si celle-ci était organisée au sein du service.

Si le SSSM organisait une formation de découverte sur le thème de l'hypnose médicale et thérapeutique, voudriez-vous y assister ?



II.2 : PRIMO EXPERIENCE PERSONNELLE en URGENCES PRE HOSPITALIERES

II.2.1 MATERIELS ET METHODE

Dès le début du cursus de formation du Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale et Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Nice, l'équipe pédagogique recommande de se lancer dans une pratique intégrée de l'hypnose et accompagne l'étudiant dans ses retours d'expérience et questions éventuelles.

Pour ce second volet d'étude, il m'est apparu pertinent de colliger mes premières expériences afin de les analyser et répondre aux interrogations suivantes :

- Quelle va être l'occurrence d'utilisation de l'hypnose dans mon activité d'urgentiste au sein du SSSM ? Pour quelles indications ?
- Quelles techniques vais-je utiliser ? Comment vais-je intégrer l'hypnose aux recommandations de prise en charge médicale des patients en urgence ?
- Les patients seront-ils réceptifs ? Y trouveront-ils un bénéfice ?
- Quelles vont être les réactions des équipes ?

En outre, ce retour d'expérience offre la possibilité d'être confronté aux apprentissages du DU et aux données de la littérature dans une démarche d'amélioration continue de ma pratique.

Le recueil de données a été réalisé de façon prospective sur 5 mois, du 6 mars 2017 (départ immédiat du 2^e séminaire de formation) au 14 août 2017 et intègre l'ensemble des interventions que j'ai réalisées sur mon temps de travail en gardes opérationnelles en VLM pour cette période.

Les éléments d'ordre administratif ont été extraits du Système d'Information de Pilotage des Activités du SDIS 06 (SIPA) exploitant la base URGSAP (dossier médical informatisé).

Pour chaque patient, ils ont été complétés des indicateurs suivants : type de pathologie et orientation diagnostique, éligibilité à l'hypnose, mise en œuvre de techniques hypnotiques au regard d'une indication perçue, type de technique utilisée et modalités, lieu de mise en œuvre, résultats objectifs, commentaires du patient et des équipes.

L'ensemble a été synthétisé sous format Excel (Annexe 4).

II.2.2 RESULTATS

Du 6 mars au 14 août 2017, j'ai effectué 33 périodes de gardes de 12 heures en VLM au cours desquelles j'ai réalisé 70 interventions, soit une moyenne de 2,12 interventions par garde de 12 heures.

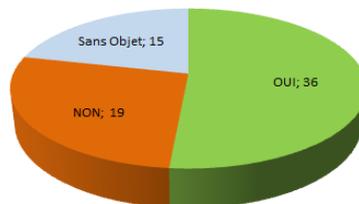
Pour mémoire, sur l'année 2016, la moyenne d'interventions par médecin par période de garde de 12h s'élevait à 1,47 interventions (source : Complément au Bilan d'activité SSSM 2016, suivi des médecins opérationnels).

II.2.2 a) Occurrence d'utilisation de l'hypnose en interventions pré hospitalières

Il est évident qu'un certain nombre de situations en urgences pré hospitalières ne laissent pas de place à une pratique de l'hypnose. Afin d'appréhender l'occurrence de pratique de l'hypnose, les interventions réalisées ont été catégorisées ainsi :

- Eligibilité à l'hypnose : interventions pour lesquelles le patient ne présente pas de contre-indications ni de facteur rendant impossible la pratique de l'hypnose
- Non éligible : interventions pour lesquelles le patient présente une contre-indication ou un facteur le rendant inaccessible à l'hypnose : troubles de la conscience, pathologie psychiatrique de type psychotique, intoxication éthylique ou médicamenteuse, démence, non compréhension de la langue française, surdité.
- Sans objet : détresses vitales immédiates, patients en arrêt cardio respiratoire ou décédés, interventions sans prise en charge de patient (par exemple soutien sanitaire aux missions SP)

Catégorisation des interventions selon le critère " ligibilit  à l'hypnose"



Ainsi, durant la période d'étude, ce sont 52 % de mes interventions (n=36) qui pouvaient entrer dans le champ de la pratique de l'hypnose.

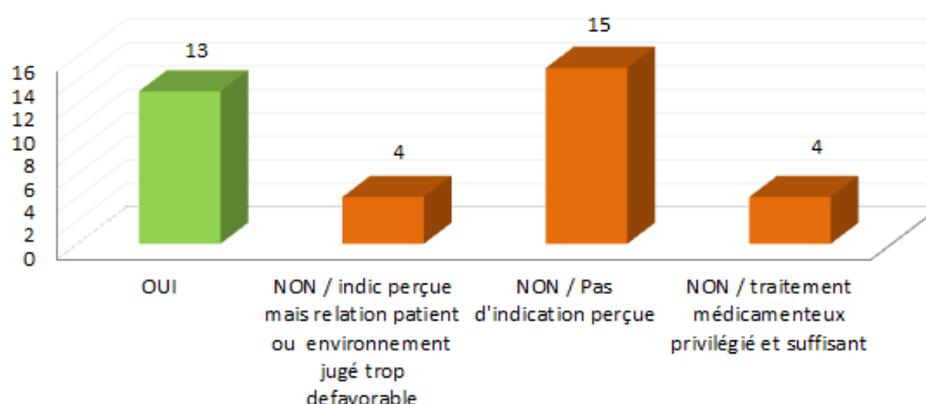
Dans 27 % des cas, le patient présentait une contre-indication ou un facteur le rendant inaccessible à l'hypnose.

Dans 21 % des cas, la pratique de l'hypnose s'avérait sans objet.

Parmi ces 36 interventions éligibles, l'hypnose a été utilisée pour 13 patients. L'indication en a été posée au vu de signes de transe négative manifestés par ces patients : anxiété majeure allant jusqu'au refus initial des soins, expression d'une peur, d'une angoisse, focalisation sur la douleur ou les conséquences négatives de la blessure, pleurs, crispation du visage et du corps, extrasystoles.

Pour les autres cas, soit une indication a été perçue mais la relation établie avec le patient ou l'environnement ont été jugé trop défavorable, soit il n'y avait pas vraiment d'indication perçue ou de bénéfice supplémentaire attendu compte-tenu de la thérapeutique médicamenteuse entreprise.

Utilisation de l'hypnose



L'occurrence d'utilisation de l'hypnose dans ma primo expérience est donc de 36,1 % si on la rapporte aux interventions « éligibles » et de 18,6 % si on la rapporte à l'activité opérationnelle globale tous types d'interventions confondus.

Il est à noter que la décision d'utiliser ou pas l'hypnose revêt un caractère subjectif personnel et multifactoriel. Ainsi, parmi les 23 cas de non utilisation de l'hypnose, où mon attitude empathique m'est apparue suffisamment adaptée, un autre praticien plus expérimenté aurait peut-être trouvé un bénéfice supplémentaire à pratiquer l'hypnose.

II.2.2 b) Pathologies pour lesquelles l'hypnose a été utilisée

L'hypnose a donc été utilisée pour 13 patients.

Dans plus de la moitié des cas, l'hypnose a été utilisée en traumatologie de l'adulte ou de l'adolescent pour la prise en charge de la douleur et de l'anxiété associée à la situation.

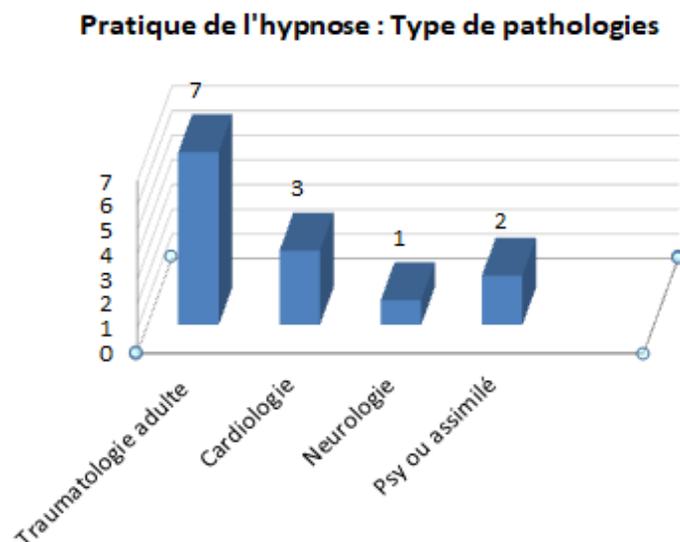
Il s'agissait de fractures, ouvertes ou fermées, isolées des membres (fémur, humérus, poignet), de traumatismes associés faciaux, du rachis ou du bassin, ainsi que d'une plaie délabrante du pied.

On note que durant la période d'étude, je n'ai pas eu à intervenir pour de la traumatologie pédiatrique.

En cardiologie, l'hypnose a été utilisée pour la prise en charge de l'anxiété associée à un cas de syndrome coronarien aigu ST + (SCA ST +) avéré et à un cas de douleur thoracique atypique, survenu après que la patiente ai été bloquée dans un ascenseur.

Dans un cas, elle a été utilisée pour potentialiser les effets de la manœuvre de Valsalva pour la réduction d'une tachycardie de Bouveret.

Les autres indications ont été la prise en charge d'une migraine accompagnée, d'une crise de spasmophilie, et de l'anxiété d'une jeune maman dont le bébé avait fait un bref spasme laryngé.



II.2.2 c) Technique utilisée, intégration aux pratiques de médecine d'urgence

Pour les 13 patients ayant bénéficié d'une prise en charge hypnotique, celle-ci a consisté en de l'hypnose informelle de type conversationnelle.

En traumatologie (n=7) :

L'hypnose sur le terrain :

Pour 4 situations cliniques, pour lesquelles chaque patient présentait des signes de transe négative très visibles, l'hypnose s'est imposée à moi dès le début de la prise en charge, sur le terrain :

- fracture fermée du fémur après chute au fond de la piscine du domicile, homme de 64 ans (*piscine en maintenance , quelques centimètres d'eau uniquement*)
- plaie délabrante du pied suite à chute d'un plan lourd, accident sur le lieu de travail, femme de 53 ans
- fracture ouverte du poignet suite à accident de la voie publique 2 roues / véhicule léger, homme de 21 ans
- fracture fermée de l'humérus suite à chute de sa hauteur à domicile, femme de 70 ans

Pour chaque patient, l'alliance thérapeutique a été facilitée par l'utilisation des techniques de communication thérapeutique basée sur le langage verbal, para verbal et non verbal. La douleur et l'anxiété ont été caractérisées et ratifiées pour ensuite ne plus être évoquées directement.

Déjà en transe négative, les patients ont été amenés à focaliser leur attention sur leur respiration et les diverses sensations en lien avec le VAKOG ; ainsi mon discours les invitait à prendre « *une grande inspiration* », « *à observer l'air qui entre dans les poumons et soulève le thorax à l'inspiration, et qui en ressort très calmement à l'expiration, amenant une sensation de confort et de relâchement* », « *à ressentir la façon dont le corps est posé sur le sol* », « *à être ici mais aussi un peu ailleurs* ». A mon discours, ajusté à l'expiration du patient et d'intonation monocorde, était intégré un langage dissociatif, empreint de ratification, et saupoudré de suggestions de confort, de relâchement musculaire et de réassurance.

Les gestes effectués en parallèle par l'équipe (secouristes et infirmiers) ou par moi-même ont été intégrés au discours toujours en saupoudrant de suggestions de confort, de protection.

Lorsque cela s'est présenté, les mots du patient ont été réutilisés : « *je sens les pompiers qui me tripotent* » me dira une patiente, je réutiliserai ses termes « *et au fur et à mesure que vous continuez à observer votre respiration et que le relâchement est de plus en plus profond, vous pouvez sentir, peut-être, que les pompiers vous tripotent pour vous installer dans une chaise très confortable* ».

Dans cette hypnose conversationnelle où le patient n'est pas en transe profonde et peut conserver un contact verbal avec le thérapeute, l'observation et l'écoute du patient se sont révélées essentielles permettant d'identifier des éléments positivement utiles pour le reste de la prise en charge : ainsi ce jeune patient adulte, à la fois apeuré et en colère, présentant une fracture hyperalgique ouverte du poignet, mais refusant tout soin y compris un simple masque de MEOPA, à qui je suggérais de ressentir « *les mains du pompiers qui lui maintiennent la tête de façon très confortable* ». Ayant observé l'alliance thérapeutique qui se nouait (regard, mots échangés) entre le patient et ce pompier, prénommé Franck, j'accentuais mon discours et la focalisation du patient sur Franck.

Profitant de cet aide de choix, je suggérais, dans mon discours au patient, que Franck prenne mon relais verbal afin que je m'occupe « *du poignet* ». Franck, sapeur-pompier volontaire et ostéopathe de profession (ce que j'appris ultérieurement), a poursuivi, comme par mimétisme, me permettant de me rendre disponible pour assurer la réduction de la fracture puis son immobilisation avec l'aide du reste de l'équipe, le tout sous MEOPA.

Une fois installé dans le VSAV (Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes = ambulance des sapeurs-pompiers), le patient, passé d'une transe négative à une transe positive et toujours focalisé sur Franck a pu être perfusé pour complément d'antalgie et antibiothérapie intraveineuses préparatoires à la prise en charge dans le service receveur.

L'hypnose dans le VSAV :

Parmi les 4 hypnoses débutées sur le terrain, l'hypnose conversationnelle a été poursuivie pendant le transport en VSAV pour 2 cas (suggestions à visée antalgique et/ou anxiolytique). Un peu avant l'arrivée sur le service d'accueil des urgences un temps a été consacré à la réassociation par VAKOG.

Dans 1 cas, une communication très empathique entre la patiente et l'infirmier s'est mise en place, sous la forme d'une discussion sur la vie de la patiente (profession exercée, enfants, petits-enfants ...).

Dans 1 cas, l'hypnose n'a pas été poursuivie car le patient a présenté trop de résistances (*cf infra*). Celui-ci a bénéficié des thérapeutiques antalgiques médicamenteuses usuelles associées à une communication empathique.

Dans les 3 autres situations de traumatologie (2 traumatismes faciaux, dont un associé à un traumatisme du rachis, et 1 traumatisme du bassin), la prise en charge hypnotique a débuté dans le VSAV, après les phases d'abordage, examen, perfusion, antalgie IV, relevage. Utilisant le temps du transport, il s'est agi d'une hypnose conversationnelle très informelle associant des suggestions de réassurance et confort à partir des centres d'intérêts évoqués par les patients, visant à potentialiser l'antalgie médicamenteuse et soulager l'anxiété liée à la situation.

En cardiologie (n=3)

La transe négative n'est pas réservée aux patients atteints de lésions traumatiques...

Ainsi, l'hypnose s'est imposée à moi devant 1 cas de Syndrome Coronarien Aigu ST + typique (infarctus du myocarde antérieur à la 2^e heure) chez un homme de 89 ans.

Après avoir prescrit toute la thérapeutique médicamenteuse conforme aux recommandations en vigueur pour cette pathologie aigue, j'observais chez ce patient une attitude très fermée et figée, une anxiété importante. Rapidement après le début du transport vers la salle de cathétérisme où il était attendu pour une angioplastie, je notais l'apparition de nombreuses extrasystoles ventriculaires associées à une tachycardie sinusale se majorant.

Après les vérifications cliniques d'usage, je proposais au patient, sous la forme d'une hypnose conversationnelle, de « *profiter du transport pour relâcher un peu la pression et aider ainsi les médicaments à agir pour ouvrir l'artère du cœur qui souffrait* ».

Celui-ci acquiesçant, je lui proposais un VAKOG par fixation visuelle d'un point choisi dans l'ambulance, puis fermeture des yeux et focalisation sur la respiration et suggestions de relâchement

du corps, des muscles, des artères et des veines, « *tout le corps en entier se relâche pour permettre l'ouverture des zones qui en ont besoin* », « *observez la fluidité de l'air qui pénètre doucement à l'inspiration et ressort à l'expiration. Au fur et à mesure que cet air va et vient dans vos poumons, la fluidité s'installe dans tout le thorax* ». Les bruits et secousses liées au transport ont été intégrés au discours, les mouvements du patient ratifiés.

Progressivement, le faciès du patient s'est détendu, la fréquence cardiaque s'est ralentie et les extra systoles ont disparues. Le patient a réouvert les yeux spontanément un peu avant l'arrivée à l'Institut A.Tzanck prenant de cours ma modeste expérience pour la phase de réassociation ; interrogé il m'a confirmé qu'il se sentait mieux bien que la douleur thoracique soit toujours présente.

L'hypnose conversationnelle, dans le cadre de la cardiologie, m'a également été utile en complément de prise en charge d'une patiente de 67 ans présentant une douleur thoracique atypique après avoir été bloquée dans un ascenseur (pratique pendant le transport dans le VSAV).

Dans le cas de la prise en charge d'une femme de 38 ans, atteinte d'une crise de tachycardie de Bouveret, l'hypnose conversationnelle m'a permis d'amplifier la manœuvre de Vasalva et d'obtenir aisément la réduction de cette tachycardie sans adjonction médicamenteuse.

Autres cas (n=3)

Pour les 3 autres cas pour lesquels j'ai pratiqué une hypnose conversationnelle, la technique a été initiée suivant le process habituel : focalisation VAKOG et respiratoire, langage dissociatif associant des ratifications, suggestions adaptée à la situation :

- suggestions de relâchement et idée de métaphore de l'ouverture d'une cocotte-minute pour une patiente de 33 ans présentant une migraine accompagnée, celle-ci ayant décrit sa douleur comme une hyperpression intra crânienne (*échec, cf infra*).
- suggestions de relâchement, de calme et de confort pour une patiente de 23 ans présentant une crise de spasmophilie
- suggestions de réassurance et renforcement dans son rôle de maman pour une jeune maman de jumeaux dont l'un des bébés avait fait un bref spasme laryngé

Au sujet de la durée globale des interventions :

Pour l'ensemble de ces 13 cas, que la pratique ai été initiée dès le début de la prise en charge ou en complément dans le VSAV pendant la phase de transport, je note qu'elle ne m'a pas fait « perdre de temps » : les durées d'intervention sont restées dans les mêmes fourchettes que des interventions similaires sans hypnose. L'hypnose a toujours été réalisée de façon intégrée et non en marge de la prise en charge médicale globale.

Concernant l'éthique :

L'hypnose conversationnelle pratiquée de façon intégrée et informelle n'implique pas une information préalable du patient.

Lors du début de prise en charge des 13 patients, je ne leur ai pas dit que j'allais « leur faire de l'hypnose » ayant la crainte d'induire une éventuelle résistance liée aux à priori de « l'hypnose de

rue ». J'ai leur ai donc proposé de participer eux-mêmes à leur propre prise en charge juste en écoutant ma voix et mes indications et en se concentrant sur leur respiration.

En fin de prise en charge, le terme « hypnose » a été évoqué avec certains, d'autres sont restés sur une « relaxation ».

Pour une patiente l'hypnose a été évoquée au moment de l'induction lorsque celle-ci m'a dit « *vous allez m'hypnotiser ?* ». Lui demandant si elle avait déjà eu une expérience de l'hypnose, elle me répondra « *non, mais le ton de votre voix...vous avez une voix faite pour l'hypnose, j'ai déjà entendu cela, je reconnais* » et elle me donnera ensuite son accord pour poursuivre.

II.2.2 d) Résultats auprès des patients

Dans ce travail, l'appréciation des résultats de la pratique de l'hypnose est basé sur l'apparition de signes de transe positive au cours de la prise en charge ainsi que sur le ressenti subjectif des patients, recherché de manière informelle au décours immédiat de l'intervention à l'arrivée dans le service receveur.

Pour les 13 cas cliniques évoqués ci-dessus, l'hypnose a été bénéfique pour 11 patients (soit 84,6%) : anxiolyse, diminution de la douleur.

Les signes de transe positive les plus fréquemment observés sont le relâchement musculaire du visage et la réceptivité aux suggestions.

Néanmoins, je constate également que, plus que des signes cliniques spécifiques, c'est un changement visible global de l'attitude du patient qui permet d'objectiver l'apport bénéfique de l'hypnose.

Au plan subjectif, les patients évoquent « *un bien être* », « *un soulagement* ». Je serai remerciée pour « *ce bon moment de relaxation* » ou pour parce que « *cette fois ça s'est mieux passé que la première fois avec les pompiers* ».

L'ensemble doit être considéré eu égard au reste de la prise en charge réalisée, notamment médicamenteuse. Il est intéressant de noter qu'en traumatologie, pour les cas où l'hypnose a été mise en place dès le début de la prise en charge, et même si je ne me suis pas autorisée à modifier de beaucoup mes pratiques médicamenteuses d'urgentiste compte-tenu de ma faible expérience de l'hypnose, les doses d'antalgiques nécessaires ont été moindres :

- pansement + immobilisation + relevage + installation dans le VSAV d'une plaie délabrante du pied sous morphine 3 mg et perfalgan 1 gr
- réduction + immobilisation + relevage + installation dans le VSAV d'une fracture ouverte du poignet sous Méopa
- immobilisation + relevage + installation dans le VSAV d'une fracture d'humérus fermée sous Méopa et morphine 6 mg

Il serait, à l'avenir, enrichissant de pouvoir mener une étude permettant d'évaluer les bénéfices de l'hypnose selon des critères objectifs et intégrant la pratique de thérapeutes diversement expérimentés.

De mes premières expériences d'hypnose médicale en pré hospitalier, il faut noter aussi que 2 patients se sont révélés résistants.

Pour le premier patient, la résistance semble liée aux circonstances environnementales : ce patient au fond de la piscine sans eau avec une fracture du fémur, bien que m'écoulant, avait son attention sans cesse détournée par les bruits et voix des nombreuses personnes présentes autour de la piscine, et ce malgré mes tentatives d'intégrer ces sons à mon script. Ainsi, les tentatives d'induction n'ont pas pu aboutir à une transe : le patient ré ouvrait les yeux, ne lâchait pas prise et la dissociation proposée vers un lieu plus confortable ne s'est pas opérée. Je suis alors revenue à une communication empathique et l'antalgie médicamenteuse déjà débutée a été renforcée pour l'immobilisation et l'extraction hors de la piscine ; in fine, le patient n'a plus eu mal, cette intervention d'urgences assez classique s'est bien passée...

Dans le second cas, la résistance est, à posteriori, attribuable à une mauvaise indication compte-tenu de la personnalité sous-jacente de la patiente. En effet, si la migraine accompagnée de cette patiente pouvait être accessible à l'hypnose, le contact hystérisiforme aurait pu m'alerter. In fine, ni l'hypnose, ni les antalgiques IV employés n'ont permis de soulager cette patiente, pour qui j'apprendrai par la suite qu'il s'agit d'une hystérique régulièrement prise en charge par les services de secours.

II.2.2 e) Retour des équipes sapeurs-pompiers

Le retour du vécu des équipes (sapeurs-pompiers secouristes et infirmiers) s'est déroulé de façon très informelle au décours immédiat des interventions et a été recherché essentiellement pour celles où l'hypnose a été initiée dès le début de prise en charge « sur le terrain ».

Les premières réactions apparaissent positives, empreintes de curiosité et d'humour de la part des collègues sapeurs-pompiers. A ma question de savoir s'ils ont été surpris de cette façon de parler douce et ralentie, de savoir ce que je mettais en place avec le patient, j'obtiens un « *on aurait dit que tu voulais l'hypnotiser* », « *j'ai cru que moi aussi j'allais être hypnotisé* » ou « *c'est quoi cette nouvelle technique, seuls les docs savent faire ça* ». Le calme apporté sur le déroulé de l'intervention « *par rapport à certains autres docs* » est régulièrement cité comme positif.

A ma question de savoir si l'attention extrême que je porte au patient les a gênés pour le déroulement de l'intervention, notamment pour les consignes d'actions attendues de ma part, la réponse est « *non, car on a compris ce qu'on avait à faire au fur et à mesure que tu le disais dans ce que tu racontais au patient* ».

Les collègues infirmiers se sont, pour beaucoup, montrés intéressés. Le décours des interventions, comme d'autres temps de la garde (temps de vérification journalière du matériel, par exemple) ont été autant de moments d'échanges enrichissants sur le sujet.

Ici encore, une étude complémentaire formalisée pourrait trouver tout son intérêt.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

L'hypnose médicale pour les soignants de l'esprit, psychiatres, psychologues, bien sûr, mais en médecine somatique, dans les spécialités à connotation techniques et très cartésiennes comme l'anesthésie réanimation et l'urgence ? Soignants et patients sont-ils prêts à tenter l'expérience ?

Dépassant les idées reçues liées à l'hypnose de spectacle, l'hypnose médicale et thérapeutique suscite l'intérêt des soignants de toutes spécialités confondues, comme en témoigne le succès rencontré par les formations proposées par les Facultés de Médecine sous forme de Diplôme Universitaire ou par les centres de formation réservés aux professionnels de santé (Instituts Emergences, Instituts Milton Erickson, Institut Français d'Hypnose,...).⁵

Elle suscite également l'intérêt de nombre de patients qui dénoncent la déshumanisation des soins et sont sensibilisés aux médecines alternatives par la voie des médias et d'internet.

L'hypnose médicale est un sujet régulier de publications dans la sphère de l'Anesthésie Réanimation depuis des années^{13,14,15} portée, notamment, par les nombreux travaux en neurosciences et l'expérience professionnelle du Pr ME. FAIMONVILLE, anesthésiste réanimateur au CHU de Liège et pionnière de l'hypno sédation.¹³

La médecine d'urgence s'inscrit dans cette mouvance malgré le faible nombre d'études cliniques disponibles sur la pratique de l'hypnose dans ce domaine.

Ainsi, l'hypnose s'invite désormais dans les congrès des sociétés savantes, comme Urgences 2017 ou COPACAMU 2017, sous forme de communications ou d'ateliers.

Elle fait également l'objet de programme de Développement Professionnel Continu, comme par exemple le module « Initiation à l'hypnose aux urgences » proposé par Urgences DPC, organisme de formation continue sous validation scientifique de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence).

Concernant les sapeurs-pompiers, le Service Départemental d'Incendie et de Secours du Bas-Rhin (SDIS 67) est pionnier en la matière grâce au travail de Mme C. COLAS N'GUYEN, Sage-Femme et Infirmière sapeur-pompier volontaire.

Celle-ci a, en effet, introduit et développé la pratique de l'hypnose dans le secours d'urgence aux personnes au travers du programme PHOEBE (Pain coverage by Hypnosis and Optimization of Emotional Behaviour in Emergency).¹⁶

Objet de publication au Congrès National des Sapeurs-pompiers en 2016, et d'une étude clinique¹⁷ qui sera prochainement diffusée, ce programme a déjà permis la formation d'une centaine de sapeurs-pompiers, soignants mais surtout secouristes du SDIS 67, comme de sapeurs-pompiers d'autres SDIS en France (SDIS 59, SDIS 55, SDIS 81). Il est soutenu par le Médecin Général C. FUILLA, Médecin Anesthésiste Réanimateur, ancien Médecin Chef de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris, actuellement Conseiller spécial de la Secrétaire d'Etat auprès du Premier Ministre, chargée de l'aide aux victimes.

Notre étude retrouve cet intérêt des soignants pour l'hypnose en tant que pratique médicale (*plus de 80 % la considèrent comme une pratique médicale et la définissent comme un état modifié de conscience caractérisé par une plus grande capacité à répondre aux suggestions*).

Ainsi, si moins de 10 % des soignants interrogés sont formés, 40 % de médecins et 50 % d'infirmiers ont envie de se former et de se lancer dans sa pratique en pré hospitalier en VLM.

82,9 % des infirmiers indiquent d'ailleurs qu'il aurait une réaction plutôt positive face à un médecin pratiquant l'hypnose en VLM.

Pour autant, peu ont déjà expérimenté l'état de transe hypnotique par eux même (6,7 % des médecins et 28,9 % des infirmiers déclarent avoir déjà été hypnotisés).

Se lancer dans la pratique de l'hypnose dans le domaine de l'urgence peut sembler difficile.

Dans notre étude, 30 % de médecins et 10,5 % d'infirmiers considèrent que la pratique de l'hypnose semble inadaptée ou trop compliquée à mettre en œuvre dans le cadre pré hospitalier.

Parmi les personnels formés à l'hypnose, seul un médecin déclare pratiquer en VLM.

La littérature fait état de cette difficulté qui le plus souvent est liée au soignant lui-même. En effet, celui-ci peut être freiné par ses propres limites, empreintes de craintes et de préjugés ¹⁸ « *trop compliqué* », « *que va-t-on penser de moi* », « *je suis le seul formé dans mon service alors je ne peux rien faire* »,...

L'accès à la formation peut être également un frein, notamment par les difficultés à obtenir un financement par l'employeur, dans le cadre de la formation individuelle, et ce en l'absence d'un projet de service. Pourtant, de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) aux CHU de Bordeaux, de Lyon ou de Lille, l'hypnose se diffuse dans tous les hôpitaux et tous les services, souvent sous l'impulsion d'un soignant puis d'une équipe, comme en témoigne la profusion d'articles de presse grand public consultables sur internet.

Ces questions se sont aussi posées à moi lorsque je me suis intéressée à l'hypnose. Néanmoins la promesse de bénéfices pour mes patients, de l'enrichissement du vécu de la relation soignant-soigné, ainsi qu'une certaine curiosité, m'ont poussé à m'investir et à me lancer. Cette démarche fut confortée par l'enthousiasme communicatif du Dr JM. BENHAIEM, au cours d'une conférence au Centre Hospitalier Princesse Grace de Monaco à laquelle un confrère médecin anesthésiste-réanimateur m'avait conviée.

L'hypnose en cabinet, une thérapie pour des patients avertis, certes, mais dans l'urgence, en pré hospitalier, au cœur de l'évènement traumatique même, l'hypnose a-t-elle sa place ? Le patient peut-il y être réceptif compte-tenu de ce qu'il vit à cet instant ?

Encore une fois malgré les idées reçues, les situations d'urgences extra ou intra-hospitalières sont des situations très propices à l'emploi de l'hypnose.

Le Dr F. GARDEN-BRECHE, Médecin urgentiste, Praticien Hospitalier au SAMU22 et hypno thérapeute reconnu, rapporte en effet que « *ces moments où s'effondrent la croyance de chacun en une invincibilité et une immortalité (le « ça n'arrive qu'aux autres... ») sont autant d'inducteurs de trances négatives où le patient devient aussitôt hyper suggestible, hyper-réceptif aux messages négatifs qu'il pourrait entendre avec une hyper-mémorisation de ces messages.*

*L'hypnose médicale dans ce contexte d'urgence et de transe négative va permettre d'utiliser tous les éléments en présence, peur, douleur, stress, bruits, agitation ambiante, pour transformer la transe négative en transe positive, installer une hypno-analgésie, seule ou en complément des antalgiques habituels et saupoudrer autant de suggestions post-hypnotiques pour transformer la souffrance en une ressource, un apprentissage pour la vie à venir. »*¹⁹

Les travaux de KAISER en neurosciences (*The American Journal of Clinical Hypnosis 2014*) montrent que soumis à un évènement brutal et traumatisant, la plupart des patients perdent leurs compétences de discrimination ; ils surestiment la menace, sous-estiment leurs capacités d'adaptation et focalisent leurs capacités d'auto régulation de manière négative, entrant alors dans une transe négative délétère.²⁰

En transe négative, le patient n'est donc plus en conscience critique. Il est dès lors hermétique à un discours rationnel, aux explications médicales scientifiques se voulant pourtant rassurantes mais qui in fine dans ce contexte risquent de figer le vécu négatif de la situation voire de l'amplifier de façon délétère.

Dans ce contexte, chez ce patient hyper réceptif et suggestif, tout est pris au pied de la lettre : par exemple, dans une phrase qui se veut aussi rassurante que « *vous avez eu un accident, mais ne vous inquiétez pas, il n'y a plus aucun danger, vous avez une fracture de la jambe, heureusement rien de trop grave* », le patient en transe négative entendra « *accident, inquiétez, danger, grave* ».

Face à cette transe négative, l'enjeu pour le thérapeute est donc de passer en mode de communication hypnotique afin que son discours soit perçu de façon positive et utile par le patient.

Selon la règle première de M. ERICKSON « *observer, observer, observer* », l'observation est essentielle à cet instant, permettant au thérapeute de repérer si son patient est en conscience critique ou en transe négative, et ainsi de s'ajuster parfaitement, de se synchroniser.

Ces signes de transe négative sont très variés. Ils peuvent prendre, notamment, la forme d'une fixité du regard, d'un ralentissement de la réponse verbale et des mimiques, mais aussi d'une agitation diffuse, d'une rigidité spastique, d'une tension corporelle.¹⁸

En tant que médecin sapeur-pompier urgentiste, ma pratique m'a souvent amené à prendre en charge des patients présentant ces signes, qu'alors j'envisageais uniquement comme un stress pathologique, une hyperalgie, ..., et qui en effet sont assez hermétiques aux tentatives de réassurance empathique obligeant à recourir à des prescriptions médicamenteuses parfois lourdes . La formation en hypnose m'a permis de comprendre cet état dénommé « transe négative » et m'a offert les outils de communication permettant de rejoindre le mode de fonctionnement dans lequel se trouve à ce moment le patient.

De mes premières expériences, je retiens comment, grâce à la communication hypnotique, j'ai pu, avec l'équipe toute entière, gérer dans le plus grand calme ce motard accidenté, apeuré et en colère, refusant tout soin, que sans hypnose nous aurions dû contenir fermement puis « shooter » pour réussir à le sortir du fossé où il était.

Dès lors... pour quelles indications utiliser l'hypnose en urgence ?

Dans notre étude, interrogés sur les indications de l'hypnose en pré hospitalier, 80 % des médecins et 69,7 % des infirmiers la réserveraient à la prise en charge de la douleur aiguë et de l'anxiété. 15,8 % des infirmiers élargiraient la pratique de l'hypnose à de nombreuses interventions quelque soient la pathologie.

Comme le confirme la revue la littérature médicale, les indications de l'hypnose en urgence sont l'analgésie des douleurs aiguës liées à l'évènement ou induites par les soins, pour les adultes comme pour les enfants, ainsi que l'anxiolyse.^{20,21}

Au congrès Hypnose et douleurs 2016, l'hypnose est citée comme une aide à la gestion du stress de l'infarctus du myocarde en cours de transport pré hospitalier ainsi que pour toutes les douleurs aiguës.²²

De son expérience en pré hospitalier, F. GARDEN –BRECHE¹⁹, tout comme d'autres auteurs telles que l'infirmière sapeur-pompier C. COLAS N'GUYEN,²³ indique que le champ d'application de l'hypnose comprend la prise en charge de la douleur aiguë (réduction de fractures, de luxation, brûlures, mobilisation de victimes en positions délicates, infarctus du myocarde, pose de perfusion...) ainsi que la gestion du stress en toutes situations (crise de spasmophilie, asthme, insuffisance respiratoire aiguë, ...), comme sur les interventions longues ou difficiles (extractions de milieux difficiles, désincarcération).

Confrontée à ces situations qui sont notre quotidien d'urgentistes en pré hospitalier, j'ai moi aussi pu expérimenter l'hypnose en complément de la prise en charge médicale conventionnelle, en traumatologie comme dans d'autres indications (gestion du stress en cardiologie, prise en charge d'une spasmophilie,...) et objectiver, comme l'évoque GARDEN–BRECHE,¹⁸ qu'au-delà de l'indication liée à une pathologie ou un type de traumatisme, l'indication de l'hypnose est aussi posée par la reconnaissance de l'état de transe négative.

L'hypnose médicale revêt différentes pratiques et techniques, mais comment « faire de l'hypnose » dans le cadre de l'urgence ?

Même si l'ensemble des phénomènes ne sont pas encore complètement expliqués, les résultats des recherches neuroscientifiques sur le cerveau et la conscience établissent que l'hypnose permet à des patients en situations extrêmes d'activer des ressources de protection, d'analgésie et d'équilibre physiologique favorables à leur confort et leur sécurité vitale.¹⁸

L'enjeu pour le thérapeute va donc être de guider le patient vers ses propres ressources.

Une fois la transe négative identifiée, il s'agit de ratifier la souffrance puis faire évoluer le patient vers une transe positive, avant enfin de le réassocier en conscience critique positive.¹⁸

Pour la mise en jeu de ce process, tout se joue dès les premiers instants de la relation soignant-soigné.

A l'inverse de l'hypnose en cabinet, les situations d'urgences ne permettent pas de consultation préliminaire à l'hypnose et imposent pourtant la mise en place d'une alliance thérapeutique forte.

Ainsi, l'application des techniques de communication thérapeutique (cf chp 1.4) dès l'abordage de la victime est essentielle. Rappelons que le langage non verbal et le langage paraverbal constituent à eux seuls 93 % du message reçu contre 7 % seulement pour les mots.^{24,25}

GARDEN–BRECHE précise qu'en situation d'urgence, les attentes du patient en transe négative sont d'être perçu comme le centre d'intérêt exclusif du soignant, d'être entendu et compris dans l'expression de sa détresse, d'être entouré et accompagné dans l'épreuve, d'être considéré comme un membre à part entière de l'équipe.¹⁸

Depuis le début de ma formation en hypnose, qu'elle que soit l'intervention, qu'elle débouche sur de l'hypnose ou non, j'ai pu noter l'attention plus particulière que je porte désormais à ces aspects, usant dès le premier contact des outils de communication thérapeutique. Même si cela reste très subjectif, je peux en mesurer les conséquences qualitatives dans ma relation avec le patient, bien au-delà des effets de l'empathie naturelle dont les soignants sont dotés.

L'hypnose conversationnelle est régulièrement citée par les auteurs comme une technique de choix en situations d'urgence.

Informelle, elle s'intègre, en effet, facilement, naturellement à la prise en charge médicale et n'implique pas de consentement explicite préalable de la part du patient.

Les techniques employées dans ce cadre varient selon les auteurs, mais tous s'accordent à considérer que la phase d'induction sera rapide puisque le patient, dans sa transe négative, se trouve déjà dans un état hypnotique.

Parmi ces techniques, on peut citer l'hypnose extemporanée proposée par Y. HALFON,²⁶ et mise en pratique au cours du DU d'Hypnose Médicale et Thérapeutique à Nice.

En urgence, il s'agira de légitimer et reconnaître le patient dans sa douleur et/ou son angoisse afin de fixer son attention sur sa réalité et de l'y rejoindre, ce qui, outre la mise en place de la synchronisation, limitera les résistances. En moins d'une minute, l'imaginaire du patient pourra alors être activé par le biais de phrases de transition qui conduiront vers la dissociation hypnotique par suggestion d'un ailleurs confortable, d'un nul part confortable ou d'un début d'endormissement. Le travail hypnotique s'appuiera sur cette dissociation couplée à des suggestions composées de protection, d'analgésie et d'anxiolyse. Ce travail permettra à la fois de réduire les douleurs et l'anxiété, mais aussi de réaliser un soin ou une immobilisation. Il pourra être complété de suggestions post hypnotiques.

Outre la communication thérapeutique, c'est en effet l'hypnose conversationnelle que j'ai utilisée durant ces 5 premiers mois.

J'ai pu constater comment cette pratique informelle s'initie assez facilement avec le patient et s'intègre bien à la prise en charge médicale conventionnelle.

Quelles techniques choisir, quels scripts utiliser ? ils sont si nombreux....leur apprentissage est essentiel car il donne un socle à la pratique, néanmoins mes premières expériences me laissent entrevoir le fait qu'il est aussi essentiel de pratiquer avec son style et son imaginaire, en s'adaptant à la situation et au patient... « L'adaptation », notion finalement déjà bien connue de l'urgentiste pré hospitalier qui y est soumis en permanence dans sa pratique médicale conventionnelle.

En pédiatrie, les techniques d'hypnose relèvent également de l'hypnose conversationnelle. Durant la période définie pour mon étude, je n'ai pas eu à traiter de cas de pédiatrie pouvant relever de l'hypnose. Il s'agit pourtant d'un domaine où l'hypnose offre des bénéfices validés par l'HAS et l'Académie Nationale de Médecine.⁵

L'hypnose en pédiatrie use de techniques qui varient selon l'âge et le stade de développement psycho moteur de l'enfant : distraction par un jouet, des caresses ou des objets qui bougent chez le tout petit, une histoire racontée au travers du doudou entre 2 et 4 ans, histoire et faire « comme si » de 4 à 6 ans, raconter une histoire ou utiliser « l'endroit favori » ou un écran de TV imaginaire de 7 à 11 ans, utiliser « l'endroit favori », « l'activité favorite » ou « les amis » chez les plus grands.²⁷

J'imagine volontiers comment lors d'une intervention auprès d'un enfant d'une petite dizaine d'années pour antalgie de fracture de membre (*une intervention assez classique pour un médecin sapeur-pompier urgentiste pré hospitalier*) l'hypnose pourrait être proposée : en phase d'abordage, communication thérapeutique et recherche d'un centre d'intérêt, puis début de l'histoire et démarrage de l'antalgie inhalée, le masque de Méopa devenant masque du cosmonaute ou masque de carnaval porté par la princesse pour aller danser, l'attelle de membre devenant l'attribut protecteur d'une combinaison spatiale ou d'une magnifique tenue de bal, le relevage par les pompiers puis le transport en VSAV devenant un envol dans l'espace avec la confortable sensation d'apesanteur et les secousses qui témoignent du passage dans l'hyper-espace ou un voyage dans une confortable chaise à porteur suivi de celui dans un superbe carrosse...

Adultes ou enfants, il s'agira donc de s'adapter et d'imaginer... De nombreux auteurs, lors de communications, publications ou mémoires de fin de DU relatent leurs expériences et font partager leurs scripts^{29,30,31,32,33}, comme par exemple, pour les niçois, le Dr L. BUTRUILLE, médecin praticien hospitalier au Pôle Urgences SAMU SMUR du CHU de Nice.³⁴

A chacun son style....

L'urgence pré hospitalière : imprévus, bruits, agitation, interlocuteurs multiples, espaces d'interventions exigus, patients « en vrac » par terre, dans un fossé, voire incarcérés, le froid, le plein soleil, odeurs d'essence, de vomi...

Si l'hypnose a donc sa place dans ce contexte, comment gérer toutes ces contraintes environnementales ?

Les contraintes environnementales, sans compter le regard des autres, sont autant de facteurs imaginés comme perturbateurs et donc souvent cités par les néophytes comme un frein à la pratique de l'hypnose.

Dans notre étude, interrogés sur la place de l'hypnose en pré hospitalier au regard de l'environnement et des conditions d'interventions, 73,3 % des médecins et 89,4 % des infirmiers considèrent que la pratique de l'hypnose est compatible avec l'environnement pré hospitalier mais globalement 60 % d'entre eux pensent que l'hypnose serait difficilement réalisable ou réalisable seulement dans le VSAV afin de se placer dans des conditions de calme et d'équipe restreinte.

Les spécialistes de l'hypnose en situations difficiles, bien au contraire, nous enseignent que les contraintes environnementales sont une richesse à exploiter. GARDEN-BRECHE parle de « *transformer les contraintes en ressources* »¹⁸

Il faut se rappeler qu'en hypnose tout se joue dès les premiers instants de la relation. C'est donc bien sur le terrain que les spécialistes conseillent de débiter la prise en charge hypnotique, après mise en œuvre des mesures conservatoires, et en parallèle de la prise en charge médicale.

Ainsi, les contraintes environnementales seront intégrées au discours hypnotique. Les suggestions indirectes apparaissent comme les outils de base pour l'utilisation des parasites, par exemple sous forme de truisme /suggestion « *si vous pouvez laisser vos oreilles entendre le bruit du scope et les paroles des pompiers tout autour de vous, alors vous vous sentirez encore plus en sécurité avec ma voix qui vous accompagne* »

Chez les sapeurs-pompiers les interventions avec désincarcération sont souvent citées comme le summum en termes de parasites environnementaux.

Pour autant, formés dans le cadre du programme PHOEBE¹⁶, les pompiers du centre de secours d'Hagueneau (SDIS 67) mettent en œuvre, dans ce contexte, des outils d'inspiration hypnotique en complément des gestes de secourisme²⁸. Le rôle en revient à « l'écreuil », ce pompier placé au contact direct de la victime et C. COLAS-NGUYEN indique 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*».¹⁷

Avant de commencer ma formation, les contraintes environnementales m'apparaisaient aussi comme des obstacles de taille concernant la pratique de l'hypnose en VLM.

Mes premières expériences ont rapidement fait évoluer ma vision, et c'est avec surprise que j'ai pratiqué l'hypnose « sur le terrain », et non pas seulement dans le VSAV comme je pensais que cela serait le cas avant ma formation. Dans certaines situations, en effet, l'hypnose, par l'idée du bénéfice supplémentaire à apporter au patient, s'est imposée à moi, toujours sous une forme de pratique intégrée à mes pratiques d'urgentiste, inhibant ma crainte d'être observée et jugée par les équipes. Néanmoins, certaines circonstances nécessitent une plus grande expérience qui m'aurait été utile lors de la prise en charge, par exemple, du patient avec sa fracture du fémur au fond de la piscine sans eau.

Mes prochains apprentissages lors de la formation d'hypnose et urgences du programme PHOEBE à laquelle je suis inscrite pour décembre 2017, et le développement de ma pratique, permettront sans doute d'utiliser plus aisément ces obstacles.

Hypnose en urgences pré hospitalières... quid du facteur temps?

Une question récurrente, également posée, par les néophytes, comme un frein à la pratique de l'hypnose en pré hospitalier est celle du risque de perdre du temps, alors qu'en urgence on en manque souvent et qu'il s'agit d'un élément essentiel à prendre en compte.

Il semble que cette limite soit en fait une résistance inconsciente des soignants qui ressentent une crainte à lâcher-prise¹⁹, ce dès lors bien entendu que le contexte d'intervention et la pathologie sortent du champ de l'urgence vitale.

Les auteurs rappellent qu'en urgence la plupart des patients sont en transe négative, donc accessibles rapidement à l'hypnose.^{17,18,19,20}

Le temps de mise en place de l'hypnose dépendra pour beaucoup de la capacité avec laquelle le praticien pourra rapidement entrer dans un mode de communication hypnotique et se synchroniser avec son patient.

Pour le reste de l'intervention, l'hypnose pratiquée de façon intégrée n'induit pas de perte de temps puisque réalisée dans le même temps que le reste de la prise en charge médicale.

In fine, certains auteurs évoquent même un gain de temps dans les soins grâce à l'alliance thérapeutique et la complicité créée avec le patient, au rôle d'acteur redonné au patient dans son propre soin, ainsi que grâce aux effets positifs collatéraux sur les équipes.^{19,22}

Ils citent, par exemple, le temps gagné en pré hospitalier grâce à la plus grande coopération du patient et l'efficacité du travail réalisé dans le calme, avec un esprit d'équipe accru.

A l'hôpital, le reste du parcours de soin apparaît facilité par l'auto contrôle par le patient de son anticipation anxieuse et sa confiance accrue dans les soins.¹⁸ A ce sujet, GARDEN-BRECHE précise que « *le patient garde en mémoire tout ce qu'il a acquis dans cette première expérience hypnotique dans un moment émotionnel fort et l'investissement initial est largement récompensé lors des soins ultérieurs attendus avec sérénité.* »¹⁹

Coté vécu des patients, certains auteurs soulignent la distorsion du temps générée par l'état de transe et précisent que sous hypnose, l'intervention semble moins longue au patient.^{17,19}

Personnellement, cette question du temps ne m'avait pas vraiment interpellée. Pourtant, elle m'a été posée lors de discussions en caserne par certains sapeurs-pompiers qui n'ont jamais fait l'expérience d'interventions avec patient sous hypnose.

Lors mes premières expériences, je n'ai pas relevé de différences significatives de durée dans la prise en charge de pathologies similaires, au regard de circonstances superposables, avec ou sans hypnose. Par contre, j'ai, en effet, pu constater les bénéfices de l'hypnose en matière de coopération des patients.

Bénéfices de l'hypnose en pré hospitalier, du patient...au(x) soignant(s)

Largement démontrés en anesthésie réanimation, les bénéfices attendus de l'hypnose pour le patient sont la diminution du stress émotionnel, l'analgésie, la diminution de l'administration d'antalgiques, la stabilisation hémodynamique, la meilleure récupération.^{5, 35}

Ainsi, pour le patient en urgences, et comme ce travail l'a déjà évoqué, le bénéfice primaire de l'hypnose va être l'obtention d'une antalgie et d'une anxiolyse.

Les bénéfices secondaires attendus vont dès lors concerner la diminution des doses d'antalgiques et donc la diminution du risque de survenue de leurs effets secondaires, ce qui conduira à une sortie plus précoce du patient qui, de surcroît, repartira avec un souvenir agréable du soin^{19,18,36}.

Dans certaines indications, par exemple dans la réduction de luxation d'épaule, l'hypnose permet même d'éviter complètement l'utilisation des antalgiques et ainsi supprimer tout risque d'effet secondaire.³⁶

En hypnose, l'activation du système parasympathique a également été rapportée expliquant les effets sur le rythme cardiaque et l'hémodynamique, particulièrement intéressants en complément de la prise en charge thérapeutique très codifiée des patients victime de syndromes coronariens aigus.^{18,34}

Les effets bénéfiques de la concentration mentale et d'une respiration appropriée sont d'ailleurs connus dans d'autres pratiques : yoga, méditation, cohérence cardiaque.

Deux de mes premières expériences de l'hypnose en pré hospitalier m'ont permis de faire l'expérience de cette activation parasympathique, non sans une certaine surprise concernant ce vieil homme victime d'un infarctus du myocarde et chez qui l'hypnose a très vraisemblablement contribué à la stabilisation des extrasystoles.

Au-delà des bénéfices pour le patient, *peut-être par mirroring*, l'hypnose bénéficie aussi aux soignants, notamment lorsqu'après des années de pratique, dans une médecine de plus en plus performante et technique, dans des systèmes de soins aux organisations de travail de plus en plus sollicitantes, ils s'interrogent sur la qualité de la relation humaine dans les soins.

Face à cette interrogation, la littérature médicale s'accorde à dire que l'hypnose transforme la façon de travailler des soignants, non pas vis-à-vis des recommandations de bonnes pratiques et protocoles de soins à réaliser, mais dans le lien tissé avec le patient quel qu'en soit sa durée.^{18,19}

Basée sur l'observation et la communication, l'hypnose offre, en effet, la possibilité d'entrer vraiment en relation avec le patient et de percevoir immédiatement le retour que celui-ci adresse à son soignant.

Au-delà de la communication, l'hypnose permet aussi au soignant de développer sa « présence », notion chère à F. ROUSTANG.³⁷

Le bénéfice de cette harmonie est d'autant plus ressenti dans les situations difficiles comme dans l'urgence.¹⁸

Si on se réfère strictement aux chiffres, l'hypnose ne révolutionne pas ma pratique d'urgentiste : en 5 mois, l'occurrence d'utilisation a été de 36,1 % si on la rapporte aux interventions que j'ai qualifiées d'« éligibles » et de 18,6 % si on la rapporte à mon activité opérationnelle globale tous types d'interventions confondus. Pourtant et bien au-delà des notions chiffrées, je constate, en effet, qu'elle transforme la relation soignant – soigné, les simples outils de communication thérapeutique me servant, quant à eux, désormais presque quotidiennement.

De mes premières expériences, sources d'une très grande satisfaction au plan humain, je garde en mémoire la phrase de cette patiente, pratiquant le marathon en loisir et victime d'un traumatisme avec plaie délabrante du pied, qui au moment de se dire au revoir en box d'urgence me dira « *merci docteur pour ce bon moment de relaxation* ».

« *Ce qui se lit alors dans le regard du patient n'a pas de prix...* » évoque F.GARDEN-BRECHE.¹⁹

Une étude réalisée en blocs opératoires aux CHU de Cochin et Pitié Salpêtrière³⁸ montre qu'en réduisant la déshumanisation de la relation au patient et en augmentant le sentiment d'accomplissement personnel, la pratique de l'hypnose est un facteur réducteur du risque de burn out du soignant. Elle est corroborée par une étude réalisée en médecine générale.³⁹

Sous hypnose, le soin est désormais fait avec le patient et non sur le patient... pratiquée de façon intégrée, il n'y a pas de mode « échec » ce qui permet de se lancer sans à priori¹⁸

Toutefois, comme nous en ont témoigné nos formateurs lors du D.U, la pratique de l'hypnose peut s'avérer éprouvante pour le thérapeute.

J'ai pu toucher du doigt cet aspect lors de prises en charge longues (terrain + transport en VSAV), concluant que l'hypnose est plus difficile à réaliser que l'injection d'un sédatif ou d'un antalgique puissant intra veineux. Néanmoins, elle est aussi bien plus satisfaisante : que dire de cette satisfaction ressentie à aider le patient à utiliser ses propres ressources et constater qu'il y réussit et vous fait partager cette réussite, face à l'acte technique unilatéral, aussi bien fait soit-il, de « shooter » puis devoir ensuite surveiller de près les effets secondaires possibles.

Au-delà du soignant lui-même, beaucoup d'auteurs constatent que la pratique de l'hypnose se révèle aussi bénéfique pour l'ensemble de l'équipe intervenante^{18,19,36}, que les personnels soient formés ou non, notamment par le calme et la fluidité qu'elle amène dans le déroulé de la prise en charge.

Les outils de communication vectorisés par l'hypnose améliorent la communication au sein de l'équipe. Ainsi, l'augmentation croissant du nombre de soignants formés à l'hypnose apparaît comme un facteur favorisant la cohésion d'équipe, élément fondamental dans le cadre des interventions en situations difficiles comme l'urgence pré hospitalière.

Dans notre étude, nous avons vu que nombre de soignants souhaiteraient se former à l'hypnose médicale pour pratiquer en VLM.

Ce sont d'ailleurs 70 % des médecins et 80 % des infirmiers qui indiquent qu'ils assisteraient « très certainement » à une formation de découverte de l'hypnose médicale si celle-ci était organisée au sein du SSSM.

En tant que médecin et cadre du SSSM, je souhaite m'investir pour que cette formation puisse voir le jour en 2018. Celle-ci pourrait alors ouvrir les portes d'un projet de service et d'une pratique d'équipe, utile au maintien de la motivation et au partage des connaissances et des expériences comme l'évoque certains auteurs, et sans aucun doute bénéfique à nos patients comme à nous, soignants.

CONCLUSION

L'hypnose, « *état modifié de conscience* », « *veille paradoxale* », « *état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient* », suscite de plus en plus l'intérêt des soignants de toutes spécialités confondues, étayée par les résultats des recherches en neurosciences qui permettent d'éclairer les esprits les plus cartésiens.

En pratique intégrée ou spécifique, classique ou Ericksonienne, formelle ou informelle, l'hypnose offre des applications dans de nombreux domaines, avec pour objectif de permettre au patient de mobiliser et d'amplifier ses ressources internes afin d'induire un changement de perception d'un symptôme, d'une pathologie, d'un évènement traumatique.

L'observation et la communication, sous toutes ses formes, sont au cœur de la pratique de l'hypnose qui représente ainsi un formidable support pour des soins ré-humanisés, et ce sans ombre aux avancées techniques de la médecine contemporaine.

Encore faut-il que l'hypnose soit pratiquée par des soignants, seuls capables de définir la place de chacun de ces aspects utiles au patient sans occulter le recours à la médecine conventionnelle.

Les sociétés savantes d'hypnose médicale, en complément de la définition d'un code d'éthique, s'y emploient auprès des institutions, afin de faire cesser sa pratique « à visée médicale » par des non soignants et l'amalgame avec l'hypnose spectacle.

Face à la problématique de la place à accorder à l'hypnose en médecine d'urgence pré hospitalière, notre étude, réalisée au sein du Service de Santé et de Secours Médical du Service Départemental d'Incendie et de Secours des Alpes-Maritimes, a permis de mettre en exergue l'intérêt porté à l'hypnose médicale par de nombreux médecins et infirmiers sapeurs-pompiers et leur désir de formation.

Elle m'a également permis d'expérimenter comment l'hypnose, pratiquée de façon intégrée, contribue à faciliter la prise en charge de certains patients douloureux ou anxieux quel que soit la pathologie source et de quelle façon l'initier malgré les contraintes inhérentes à l'exercice pré hospitalier.

Ainsi donc, et même si bien évidemment, elle ne saurait concerner tout le champ de l'exercice de la médecine d'urgence pré hospitalière, en SMUR ou en VLM, l'hypnose médicale, en offrant de réels bénéfices pour les patients comme pour les soignants, y trouve sa place, ce que confirment les publications et communications d'experts urgentistes ou anesthésistes-réanimateurs, le développement d'ateliers d'initiation à l'hypnose pour les urgentistes, et comme en témoigne l'expérience des sapeurs-pompiers du Bas-Rhin.

Pour autant, débiter et pratiquer en hypnose nécessite beaucoup d'investissement notamment pour dépasser ses propres réticences. Néanmoins, outre la réalisation d'interventions sous hypnose, la simple volonté d'améliorer la qualité relationnelle dans le soin peut suffire comme motivation.

Les résultats de notre étude encouragent à proposer la mise en place d'une formation de découverte de l'hypnose médicale au sein du SSSM.

Ce premier pas, nous permettra je l'espère, de constituer une équipe de praticiens motivés, prêts à travailler, comme moi, sur la notion de l'Humanisme dans les soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. BENHAIEM JM. *L'Hypnose médicale, 2^e édition*, éditions Medline , 2012
2. ELKINS G., BARABASZ A., COUNCIL J., SPIEGEL D. *Advancing research and practice : The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis* International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 63(1): 1–9, 2015
3. BIOY A. *Une nouvelle définition internationale de l'hypnose ?* Hypnose et Thérapies brèves, N°39, Nov /Déc 2015/ Janv2016
4. ROUSTANG F. *Qu'est-ce que l'hypnose ?* , Les éditions de Minuit, 1994
5. GUEGUEN J., BARRY C., HASSLER C., FALISSARD B. *Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose*, INSERM Juin 2015
6. *La Relation Thérapeutique*, Hypnose & Thérapies Brèves hors-série n°11, mars 2017
7. *Hypnotiser, Techniques d'induction*, Hypnose & Thérapies Brèves hors-série n°9, mars 2015
8. *Métaphores, utilisation de la pensée symbolique*, Hypnose & Thérapies Brèves hors-série n°10, mars 2016
9. VIROT C., BERNARD F. *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie*, Edition Arnette, 2010
10. Code Général des Collectivités Territoriales, art L 1424-1 et suivants, www.legifrance.gouv.fr
11. Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques, www.sdis06.fr
12. Référentiel Commun relatif à l'Organisation du Secours à Personnes et de l'Aide Médicale Urgente, www.legifrance.gouv.fr
13. RADJI M., CAPDEPONT A. *Hypnose et anesthésie, intérêts, usages, limite*, JARP 2016
14. BERNARD F., FUSCO N., MUSELLEC H. *L'hypnose en anesthésie*, CONGRES SFAR 2014
15. LUCAS M., LANGUENAN N. *L'hypnose et la sophrologie ont elles une place pour diminuer l'anxiété préopératoire* SFAR 2009
16. Hypnose et secourisme, programme PHOEBE, www.double-lien.fr
17. *Alsace: Les pompiers utilisent l'hypnose pour apaiser les victimes*, interview du Médecin Chef Y.DURMANN et de l'Infirmière C. COLAS-NGUYEN, www.20minutes.fr
18. GARDEN-BRECHE F., DESANNEAUX-GUILLOU S. *Hypnose médicale en situation difficile, retour d'expériences conjuguées pour un perfectionnement en pratique ericksonienne*, édition Arnette, 2014
19. Portrait d'hypnopraticiens : l'hypnose en situations d'urgence : Dr Franck Garden-Brèche, Mme Stéphanie Desanneaux-Guillou, www.hypnose.fr

20. MORELL-DUBOIS S., LETOMBE Y., COTTENCIN O. *Mythe ou réalité, Hypnose et Urgences, par qui ? pour qui ? pour quoi ?* JLAR 2015
21. HAUSER W., HAGL M., SCHMIERER A., HANSEN E. *The efficacy, safety and applications of medical hypnosis - A systematic review of meta-analyses*, Deutsches Ärzteblatt International 2016; 113: 289–96
22. WEBER S., GULER N. *Hypnose dans le service des urgences : moins de chimie et un gain de temps*, CONGRES HYPNOSE DOULEUR 2016
23. COLAS-NGUYEN C., DURRMANN Y. *Quand l'hypnose passe au rouge*, 3SM Magazine, octobre 2012
24. MEHRABIAN A., WIENER M. *Decoding of inconsistent communications*, Journal of Personality and Social Psychology, 6(1) : 109-114
25. MEHRABIAN A., FERRIS SR. *Inference of attitudes from nonverbal communication in two channel* Journal of Consulting Psychology, 31(3) : 248-252
26. HALFON Y. *Aide à l'accouchement, une hypnose extemporanée*, Hypnose & Thérapies Brèves hors-série n°7, mars 2013
27. MAREAU C., *Hypnose et médecine d'urgence en pédiatrie*, COPACAMU 2017
28. *Une manœuvre de désincarcération avec l'hypnose en soutien*, www.sdis67.com
29. DEBEAUME C. *Hypnose et pré hospitalier, mon expérience au Samu 13*, COPACAMU 2017
30. DEBAS O. *La danse de l'urgentiste*, Hypnose et Thérapies brèves, N°43, Nov/Déc 2016/Janv 2017
31. POIREE L., *D'une Expérience Personnelle de l'Utilisation de l'Hypnose Médicale dans un service d'Urgences : Implantation, Succès, Obstacles, Perspectives*, Mémoire du Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale, Université Paris VI, 2015-2016
32. DALIDEC C., *L'hypnose médicale dans un service d'urgences adultes : apports dans la prévention de la douleur induite par les soins*, Mémoire du Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale et Clinique, Université de la Réunion, 2012-2013
33. GUILLOU LE GOUGUEC L., « 24 heures aux Urgences sous Hypnose », *Apport de l'hypnose dans la pratique professionnelle d'un urgentiste*, Mémoire du Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale et Clinique, Université de la Réunion, 2014-2015
34. BUTRUILLE L., *Mes premiers pas en hypnose médicale appliquée à la médecine d'urgence*, Mémoire du Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale et Thérapeutique, Université de Nice Sophia-Antipolis, 2014-2015

35. TEFIKOW S., BARTH J, MAICHROWITZ S., *Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: a meta-analysis of randomized controlled trials*, Clin Psychol Rev , 2013 Jul;33(5):623-36.
36. PERROTIN S., ROBIN V., *L'hypnose, une réalité aux urgences*, CONGRES HYPNOSE DOULEUR 2014
37. ROUSTANG F. *Il suffit d'un geste*, Editions Odile Jacob, 2004
38. BIDOU A. et coll. *La pratique de l'hypnose en anesthésie diminue l'incidence du burn-out des soignants*, CONGRES SFAR 2015
39. TERRAT J., BIOY A., *Pratique de l'hypnose en médecine générale : enquête descriptive auprès de 41 médecins généralistes en France*, *Hypnose et Thérapies brèves*, N°43, Nov/Déc 2016/Janv 2017

Sites internet spécialisés

www.hypnose-medicale.com site de l'AFEHM (Association Française sur l'Etude de l'Hypnose Médicale)

www.hypnose.fr site de l'IFH (Institut Français d'Hypnose)

www.cfhtb.org site de la CFHTB (Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves)

Sites internet grands publics

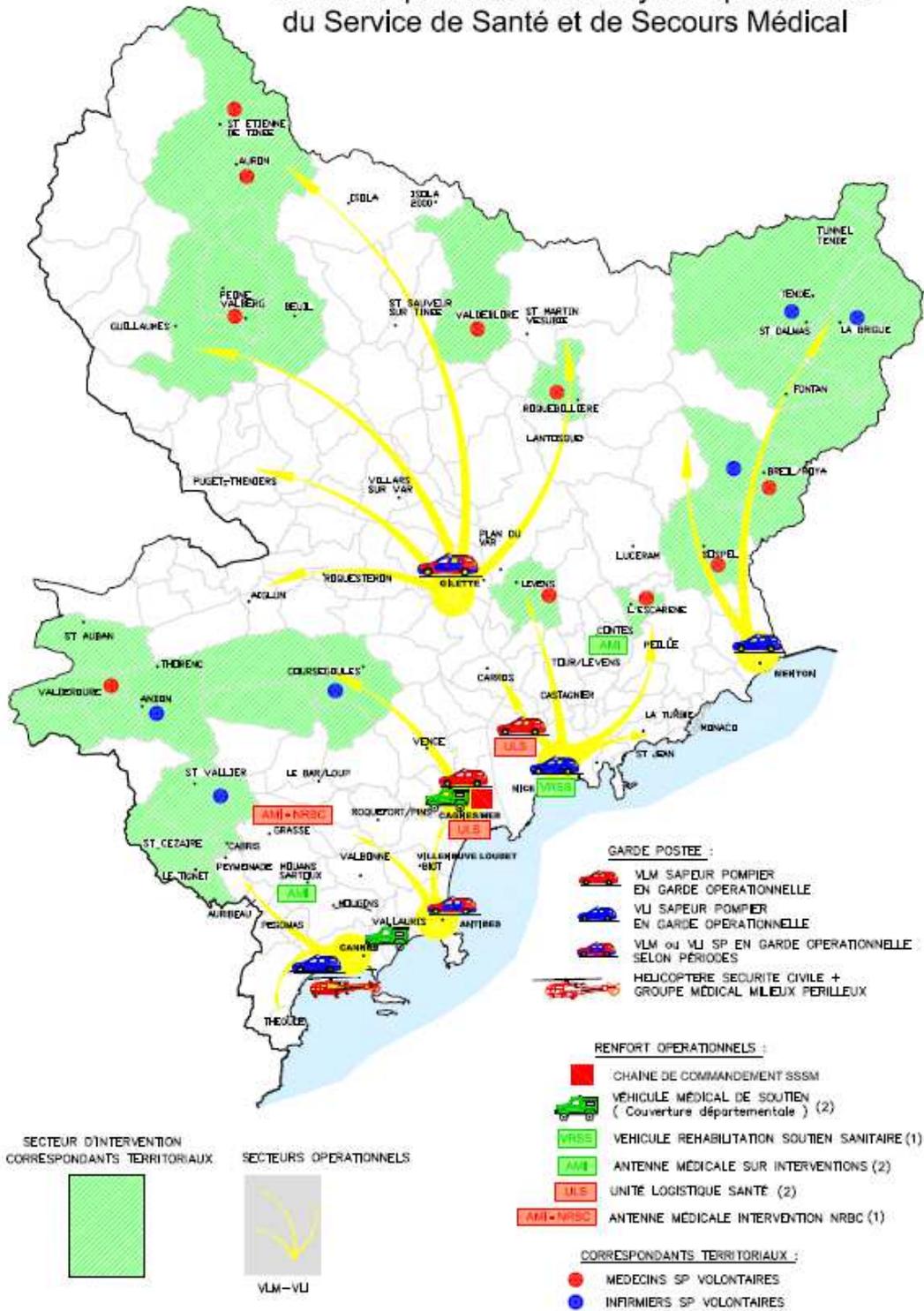
www.comment-hypnotiser.com Hypnose et pompiers, gestion de l'urgence (SDIS 67) avril 2014

www.dna.fr Une expérimentation inédite en France, l'urgence mise sous hypnose (SDIS 67) mai 2013

ANNEXE 1 : CARTOGRAPHIE DES MOYENS OPERATIONNELS DU SSSM

Service Départemental d'Incendie et de Secours des Alpes-Maritimes

Carte d'implantation des moyens opérationnels du Service de Santé et de Secours Médical



ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE MEDECIN (Capture d'écran GOOGLE FORM)

← Questionnaire Médecin - Mémoire Dr Virginie ALAUX - DU      ENVOYER 

QUESTIONS RÉPONSES 30

Questionnaire Médecin - Mémoire Dr Virginie ALAUX - DU Hypnose Médicale et Thérapeutique - Faculté Médecine de NICE

Bonjour, Dans le cadre du Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale et Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Nice auquel je participe cette année, je réalise un mémoire sur le thème de l'hypnose en médecine d'urgence préhospitalière. Afin d'étayer ma réflexion, je vous remercie de consacrer quelques minutes à répondre spontanément et de façon anonyme aux quelques questions qui suivent. Votre avis m'est précieux ! MERCI !

1/ Quel item caractérise le plus l'hypnose pour vous ? *

- Une pratique à grand spectacle pour amuseur de foule
- Une pratique ésotérique pour initiés (magnétiseur, chamanes, ...)
- Une pratique médicale et thérapeutique validée, dans certains domaines, par les neurosciences
- Une pratique manipulatrice avec emprise d'un individu sur un autre

2/ Parmi les items suivants concernant l'hypnose, le ou lesquels vous semblent vrais ? *

Plusieurs réponses possibles

- Etat de sommeil caractérisé par une plus grande capacité du sujet à être influencé
- Etat modifié de conscience caractérisé par une plus grande capacité à répondre aux suggestions
- Acte codé dans la classification Sécurité Sociale des actes médicaux mais non remboursé
- Pratique indiquée pour la prise en charge de douleurs aiguës ou lors d'actes invasifs chirurgicaux
- Technique ancienne utilisée pour les soins dans les sociétés occidentales depuis au moins 200 ans

3/ Parmi ces mots, le ou lesquels, selon vous, peuvent être reliés au processus hypnotique ? *

Plusieurs réponses possibles

- Induction
- Métaphore
- Transe
- Manipulation
- Dissociation
- Ancrage

4/ Au vu de votre expérience actuelle de Médecin Sapeur-Pompier, la pratique de l'hypnose en VLM, c'est ? *

- Une question que vous ne vous êtes jamais vraiment posée
- Vous y avez déjà pensé mais cela vous semble inadapté ou trop compliqué à mettre en oeuvre
- Vous auriez envie de vous former et de vous lancer
- Vous êtes formé, ou en cours de formation, mais vous ne pratiquez pas en VLM
- Vous êtes formé, ou en cours de formation, et vous pratiquez en VLM

4.1 / Si formé ou en cours de formation, type de formation :

Merci de répondre à cette question UNIQUEMENT si vous êtes formé à l'hypnose ou en cours de formation

- Universitaire
- Association ou Organisme de formation réservé aux professionnels de santé
- Organisme de formation tout public
- Autre...

4.2 / Si formé ou en cours de formation, pratiquez vous l'hypnose dans votre activité professionnelle ?

Merci de répondre à cette question UNIQUEMENT si vous êtes formé à l'hypnose ou en cours de formation

- Oui, très fréquemment
- Oui, fréquemment
- Oui, de temps en temps
- Oui, rarement
- Non

5 / Au vu de votre expérience actuelle de Médecin Sapeur-Pompier, la pratique de l'hypnose en VLM vous paraît d'un point de vue environnemental :

- Incompatible
- Compatible mais en pratique peu ou pas réalisable
- Compatible et réalisable plutôt dans le VSAV
- Compatible et réalisable quelque soit l'environnement (domicile, voie publique, ...)
- Je n'y ai pas vraiment réfléchi

6/ Au vu de votre expérience actuelle de Médecin Sapeur-Pompier, et selon vous, la pratique de l'hypnose en VLM, sur le plan des pathologies à prendre en charge, pourrait trouver une place :

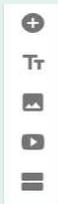
- Sur de nombreuses interventions quelque soit la pathologie
- Sur des interventions ciblées : essentiellement prise en charge de douleurs aiguës ou anxiété
- Sur des interventions ciblées : essentiellement psychiatrie ou psychosocial
- Sur peu ou pas d'interventions
- Je n'y ai pas vraiment réfléchi

7/ Si le SSSM organisait une formation de découverte sur le thème de l'hypnose médicale et thérapeutique, voudriez-vous y assister ?

- Très certainement
- Probablement
- Probablement pas
- Non intéressé

8/ Avez-vous déjà été hypnotisé ? *

- Non
- Oui, en tant que sujet lors de spectacle ou lors de démonstration publique ou privée
- Oui, dans le cadre d'une formation à l'hypnose
- Oui, pour des soins personnels



9/ Quelle est votre spécialité ? *

- Médecin généraliste diplômé en médecine d'urgence (CAMU, DUMU, ...)
- DESC de Médecine d'Urgence
- DES d'Anesthésie Réanimation

10/ Vous exercez votre profession principalement : *

- En centre hospitalier
- En clinique privée
- En cabinet ou association libérale
- Au SDIS 06
- Autre...

11/ Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? *

- 20 à 29 ans
- 30 à 39 ans
- 40 à 49 ans
- 50 à 59 ans
- 60 ans et plus

12/ Au sein du SSSM, vous êtes : *

- Volontaire
- Professionnel



ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE INFIRMIER (Capture d'écran GOOGLE FORM)

← Questionnaire Infirmier - Mémoire Dr Virginie ALAUX - DU F ☆

ENVOYER

QUESTIONNAIRE INFIRMIER - MÉMOIRE DR VIRGINIE ALAUX - DU HYPNOSE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE - FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

QUESTIONS RÉPONSES 76

Questionnaire Infirmier - Mémoire Dr Virginie ALAUX - DU Hypnose Médicale et Thérapeutique - Faculté de Médecine de NICE

Bonjour, Dans le cadre du Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale et Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Nice auquel je participe cette année, je réalise un mémoire sur le thème de l'hypnose en médecine d'urgence préhospitalière. Afin d'étayer ma réflexion, je vous remercie de consacrer quelques minutes à répondre spontanément et de façon anonyme aux quelques questions qui suivent. Votre avis m'est précieux ! MERCI !

1/ Quel item caractérise le plus l'hypnose pour vous ? *

- Une pratique à grand spectacle pour amuseur de foule
- Une pratique ésotérique pour initiés (magnétiseur, chamanes, ...)
- Une pratique médicale et thérapeutique validée, dans certains domaines, par les neurosciences
- Une pratique manipulatrice avec emprise d'un individu sur un autre

2/ Parmi les items suivants concernant l'hypnose, le ou lesquels vous semblent vrais ? *

Plusieurs réponses possibles

- Etat de sommeil caractérisé par une plus grande capacité du sujet à être influencé
- Etat modifié de conscience caractérisé par une plus grande capacité à répondre aux suggestions
- Acte codé dans la classification Sécurité Sociale des actes médicaux mais non remboursé
- Pratique indiquée pour la prise en charge de douleurs aiguës ou lors d'actes invasifs chirurgicaux
- Technique ancienne utilisée pour les soins dans les sociétés occidentales depuis au moins 200 ans

3/ Parmi ces mots, le ou lesquels, selon vous, peuvent être reliés au processus hypnotique ? *

Plusieurs réponses possibles

- Induction
- Métaphore
- Transe
- Manipulation
- Dissociation
- Ancrage

4/ En tant que membre de l'équipage VLM, quelle serait votre réaction si le médecin pratiquait au patient une séance d'hypnose adaptée au type de pathologie à prendre en charge, durant l'intervention ? *

- Plutôt positive
- Plutôt neutre
- Plutôt négative

5/ Au vu de votre expérience actuelle d'Infirmier Sapeur-Pompier, la pratique de l'hypnose en VLM vous paraît d'un point de vue environnemental : *

- Incompatible
- Compatible mais en pratique peu ou pas réalisable
- Compatible et réalisable plutôt dans le VSAV
- Compatible et réalisable quelque soit l'environnement (domicile, voie publique...)
- Je n'y ai pas vraiment réfléchi

6/ Au vu de votre expérience actuelle d'Infirmier Sapeur-Pompier, et selon vous, la pratique de l'hypnose en VLM pourrait sur le plan des pathologies à prendre en charge, trouver une place : *

- Sur de nombreuses interventions quelque soit la pathologie
- Sur des interventions ciblées : essentiellement prise en charge de douleurs aiguës ou anxiété
- Sur des interventions ciblées : essentiellement psychiatrie ou psychosocial
- Sur peu ou pas d'interventions
- Je n'y ai pas vraiment réfléchi

7/ Au vu de votre expérience actuelle d'Infirmier Sapeur-Pompier, la pratique de l'hypnose par vous-même en VLM sous couvert du médecin, c'est : *

- Une question que vous ne vous êtes jamais vraiment posée
- Vous y avez déjà pensé mais cela vous semble inadapté ou trop compliqué à mettre en œuvre
- Vous auriez envie de vous former et de vous lancer
- Vous êtes formé, ou en cours de formation, mais n'avez jamais pratiqué en VLM
- Vous êtes formé, ou en cours de formation, et avez déjà pratiqué en VLM sous couvert du médecin

7.1/ Si formé ou en cours de formation, type de formation :

Merci de répondre à cette question UNIQUEMENT si vous êtes formé à l'hypnose ou en cours de formation

- Universitaire
- Association ou Organisme de formation réservé aux professionnels de santé
- Organisme de formation tout public
- Autre...

7.2/ Si formé ou en cours de formation, pratiquez-vous l'hypnose dans votre activité professionnelle ?

Merci de répondre à cette question UNIQUEMENT si vous êtes formé à l'hypnose ou en cours de formation

- Oui, très fréquemment
- Oui, fréquemment
- Oui, de temps en temps
- Oui, rarement
- Non

8/ Si le SSSM organisait une formation de découverte sur le thème de l'hypnose médicale et thérapeutique, voudriez-vous y assister ? *

- Très certainement
- Probablement
- Probablement pas
- Non intéressé

9/ Avez-vous déjà été hypnotisé ? *

- Non
- Oui, en tant que sujet lors de spectacle ou lors de démonstration publique ou privée
- Oui, dans le cadre d'une formation à l'hypnose
- Oui, pour des soins personnels

10/ Vous êtes :

- Infirmier Diplômé d'Etat
- Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

11/ Vous pratiquez votre profession principalement :

- En centre hospitalier
- En clinique privée
- En cabinet ou association libérale
- Au SDIS 06
- Autre...

12/ Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? *

- 20 à 29 ans
- 30 à 39 ans
- 40 à 49 ans
- 50 à 59 ans
- 60 ans et plus

13/ Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

14/ Au sein du SSSM, vous êtes :

- Volontaire
- Professionnel



ANNEXE 4 : Synthèse Primo expériences d'hypnose médicale en pré hospitalier (VLM)

Dr V. ALAUX-DHENIN – 6 mars au 14 aout 2017

N° fiche	Opération	Lieu	Age	Début PECP	Fin PECP	CCMS	Type pathologie	Orientation diagnostique	Eligibilité/hypnose	techniques utilisées	modalités	lieu de mise en oeuvre	résultats/commentaires patient, équipes
F0063283	AMU	Aute	30 ans	06/03/2017 08:35	06/03/2017 08:35	2	MEURLO	CRSE CONVULSIVE / FIELE CONSCIENCE	NON				
F0063270	AMU	Comble	74 ans	06/03/2017 10:00	06/03/2017 10:40	3	MALALSE	TBES DE CONSCIENCE	NON				
F0063271	AMU	Le public	73 ans	06/03/2017 11:35	06/03/2017 13:00	5	FOLYTRAMA	CHOC HQIQUE / ANILUEE	NON				
F0063242	AMU	Comble	67 ans	13/02/2017 05:50	13/02/2017 06:25	3	CARDIO	DOULEUR THO-ATYPIQUE	OUI	NON / PAS D'INDICATION PERCUE			
F0063243	AMU	Le public	64 ans	13/02/2017 11:40	13/02/2017 12:45	3	TONICULOGE	INFESSE ACCOUDIE	NON				
F0063244	AMU	Comble	47 ans	13/02/2017 18:10	13/02/2017 18:25	3	TONICULOGE		NON	non / indic percue mais relation patient dévalorable			
F0063245	AMU	Aute	38 ans	14/02/2017 10:00	14/02/2017 10:30	2	CARDIO	douleur thoracique	OUI				
F0063268	FLANNOU	Le public	-	-	-	-	-		SANS-DEJET				
F0063244	AMU	Le public	67 ans	18/02/2017 18:40	18/02/2017 20:30	3	CARDIO	douleur thro syngque suite asme subbloqué	OUI	OUI / GESTION STRESS	FOCALISATION SUR RESPIRATION, SUGGESTIONS DE CONFORT ET STRESS	DAVIS / SVA / APRES / TTT / MEDIC	Patiente plus calme, diminution fréquence respiratoire, persistance douleur thoracique légère
F0063250	INTER	Comble	-	-	-	-	-		SANS-DEJET				
F0063250	AMU	Comble	64 ans	18/02/2017 00:40	18/02/2017 01:15	6	DECEDE		SANS-DEJET				
F0063263	ALERTIE	Le public	-	-	-	-	-		SANS-DEJET				
F0063276	AMU	Comble	78 ans	28/02/2017 08:35	28/02/2017 09:45	6	DECEDE		SANS-DEJET				
F0063279	AMU	Comble	77 ans	28/02/2017 10:40	28/02/2017 11:30	3	INFECTIOLOGIE	backvéfémik	OUI	NON / PAS D'INDICATION PERCUE			
F0063272	AMU	Comble	68 ans	28/02/2017 00:05	28/02/2017 01:00	3	CARDIO	douleur thoracique	OUI	NON / PAS D'INDICATION PERCUE			
F0063265	SOUSAU	Le public	18 ans	01/04/2017 08:35	01/04/2017 08:40	2	TRAUMATO	dechirure musculaire	OUI	NON / TTT / MEDIC / AMENTUEUX / PRIVELEZE ET SUFFISANT			
F0063281	SOUSAU	Le public	69 ans	08/04/2017 17:40	08/04/2017 18:35	5	DECEDE		SANS-DEJET				
F0063286	AMU	Comble	69 ans	08/04/2017 18:35	08/04/2017 18:35	4	CARDIO	SCA ST*	OUI	OUI / GESTION STRESS	FOCALISATION / AVOG-RESPIRATION, SUGGESTIONS DE CONFORT, RELAXATION, OUVREURE DES CORONAIRES	DAVIS / SVA / APRES / TTT / MEDIC	Rattachement (déjà administré) FC, diminution des ESY sur la surveillance stpge, persistance douleur thoracique
F0063281	AMU	Aute	34 ans	10/04/2017 10:05	10/04/2017 10:35	3	TRAUMATO	trauma rachis / fesse	OUI	OUI / GESTION STRESS	Centres d'intérêts	DAVIS / SVA / APRES / TTT / MEDIC	Déclasse du patient, diminution douleur (cf a requit analoge)
F0063287	AMU	Comble	72 ans	10/04/2017 13:45	10/04/2017 14:40	3	GASTRO-EMTEROLOGIE	liges digestive basse	OUI	NON / PAS D'INDICATION PERCUE			
F0063284	AMU	Le public	28 ans	10/04/2017 18:30	10/04/2017 20:30	3	CARDIO	douleur thoracique aiguë	OUI	non / indic percue mais relation patient dévalorable			
F0063073	AMU	Comble	63 ans	12/04/2017 08:35	12/04/2017 10:35	3	TRAUMATO	TC / tibles de conscience	NON				
F0063071	AMU	Comble	78 ans	12/04/2017 12:30	12/04/2017 13:20	3	MALALSE	coma hypoglycémique	NON				
F0063034	AMU	Comble	1 mois	12/04/2017 21:05	12/04/2017 22:35	2	PEDIATRIE / PSY	GESTION MAMMARI	OUI	OUI / GESTION STRESS de la maman	FOCALISATION SUR SON BEBÉ QUI VA BIEN, SUGGESTION RENFORCEMENT SUR LA CÈTE A UN BON MATIN	DAVIS / SVA	Diminution de stress enregistré
F0063041	SOUSAU	Comble	-	-	-	-	-		SANS-DEJET				
F0063042	AMU	Comble	50 ans	13/04/2017 08:30	13/04/2017 08:35	3	MALALSE	hauzeur / ou / dentrite	NON				
F0063007	AMU	Comble	68 ans	13/04/2017 22:35	13/04/2017 23:05	6	DECEDE		SANS-DEJET				
F0063028	AMU	Comble	64 ans	17/04/2017 18:35	17/04/2017 18:40	3	TRAUMATO	fracture femur acite	OUI	OUI / PPRE EN CHARGE DE LA DOULEUR	FOCALISATION SUR RESPIRATION, DISSOCIATION LIEU AGRESSIBLE, SUGGESTION DE CONFORT	SUP SITE / PD / TTT / MEDIC	Ectico, patient regarde autour de lui, ne se focalise pas sur ma voi. Environnement très propre (allergènes) en charge au 100 d'une pièce sans eau, nécessité d'intention au baguette avec le groupe mltier perlitica. Famille au bord de la panique
F0063173	AMU	Comble	22 ans	17/04/2017 18:35	17/04/2017 21:00	3	TRAUMATO	luxation ant / caale	OUI	NON / TTT / MEDIC / AMENTUEUX / PRIVELEZE ET SUFFISANT			
F0063179	AMU	Comble	31 ans	18/04/2017 06:35	18/04/2017 07:30	3	PNEUMO	bronchopneumopathie	OUI	NON / PAS D'INDICATION PERCUE			
F0063268	INTER	Aute	-	-	-	-	-		SANS-DEJET				
F0063300	AMU	Le public	40 ans	08/05/2017 10:45	08/05/2017 11:35	3	TRAUMATO	AVP / fracture pléuro / thorax / luxation rotule	OUI	NON / TTT / MEDIC / AMENTUEUX / PRIVELEZE ET SUFFISANT			
F0063303	AMU	Le public	70 ans	08/05/2017 16:30	08/05/2017 17:40	3	MALALSE	malaise mal / d'arti	OUI	NON / PAS D'INDICATION PERCUE			
F0063344	AMU	Comble	65 ans	11/05/2017 10:35	11/05/2017 11:35	4	MEURLO	exat mal / convulsif / tble conscience	NON				
F0063351	AMU	Comble	78 ans	11/05/2017 17:45	11/05/2017 18:30	4	CARDIO	bouquet / patient démisat	NON				
F0063333	AMU	Le public	63 ans	18/05/2017 10:40	18/05/2017 10:55	4	TRAUMATO	AVP / polytrauma / étrangé langue	NON				
F0063331	AMU	Comble	57 ans	18/05/2017 14:40	18/05/2017 15:15	3	CARDIO	douleur thro syngque	OUI	NON / PAS D'INDICATION PERCUE			
F0063338	AMU	Comble	14 ans	18/05/2017 17:30	18/05/2017 18:20	3	TRAUMATO	AVP / traumatisme bascin	OUI	OUI / PPRE EN CHARGE DE LA DOULEUR	Centres d'intérêts	DAVIS / SVA / APRES / TTT / MEDIC	Déclasse de patient, diminution douleur (cf a requit analoge)
F0063404	AMU	Le public	38 ans	25/05/2017 09:30	25/05/2017 10:15	3	CARDIO	T ang / radie de Ecouvet	OUI	OUI / gestion de la talygocide de Bouvet	FOCALISATION SUR LA RESPIRATION, SUGGESTION EFFET POSITIF SUR LE COEUR DE LA MINEURE DE VASA / RALISEE EN MEME TEMPS PATIA PATIENTE	DAVIS / SVA	Possibilité de la mineure de VASA / Education de la TSV / obtenir sans délai son médicament
F0063405	AMU	Comble	68 ans	24/05/2017 12:30	24/05/2017 13:45	4	MALALSE	tble conscience	NON				

170034063	AVU	Autre	43 ans	23/06/2017 13:25	24/05/2017 14:10	3	TRAUMATO	trauma radialis /barrière langue	NON											
170034065	AVU	Comcile	78 ans	23/06/2017 13:30	23/06/2017 17:30	4	NEURO	coma	NON											
170034067	AVU	Lieu public	80 ans	23/06/2017 13:00	23/05/2017 20:20	5	CARDIO	ACF sur choc anapylactique	SAIS OBJET											
170084118		Autre	53 ans	01/06/2017 12:45	01/06/2017 13:20	2	TRAUMATO	plaie délabrante dos pied	CUI											
170084124	AVU																			
170084124		Lieu public	33 ans	01/06/2017 17:00	01/06/2017 17:45	3	NEURO	Migraine accompagnée	CUI											
170084183	AVU	Comcile	50 ans	23/06/2017 10:45	24/05/2017 16:05	2	TRAUMATO	plaie avec déperse	CUI											
170084190	AVU	Comcile	77 ans	23/06/2017 13:30	23/06/2017 14:35	3	NEURO	INCONSCIENT	NON											
170084192	AVU	Lieu public	25 ans	23/06/2017 15:50	23/06/2017 16:20	2	MALISE	CONTACT HYSTERIFORME	CUI											
170085047	AVU	Lieu public	19 ans	23/06/2017 18:40	23/06/2017 18:50	2	TRAUMATO	Plaie bégine déglé	CUI											
170084983	AVU	Comcile	82 ans	03/07/2017 12:00	03/07/2017 12:40	3	TRAUMATO	fracture femur fermée	CUI											
170084912		Lieu public	21 ans	04/07/2017 18:45	04/07/2017 20:50	3	TRAUMATO	Fracture ouverte poignet	CUI											
170084938	AVU	Comcile	87 ans	05/07/2017 15:30	05/07/2017 15:55	2	MALISE	malaise mal défini	CUI											
170084951	AVU	Lieu public	39 ans	05/07/2017 18:25	05/07/2017 20:25	3	TRAUMATO	AVP trauma epaule / alcoolisé	NON											
170085046	INTER	Comcile	.	.	.	.	.	.	SAIS OBJET											
170085082	AVU	Comcile	103 ans	11/07/2017 10:45	11/07/2017 11:00	4	CARDIO	FAI Etat de choc	CUI											
170085087	AVU	Comcile	87 ans	11/07/2017 11:40	11/07/2017 12:20	3	CARDIO	SCA-ST*	CUI											
170085088	AVU	Lieu public	14 ans	11/07/2017 16:15	11/07/2017 16:15	3	TRAUMATO	Trauma face / AVP moto	CUI											
170085105	AVU	Lieu public	80 ans	03/06/2017 18:05	03/06/2017 18:50	3	MALISE	malaise mal défini / anglais/pl langage	NON											
170085048	ANNULEE	Lieu public	.	.	.	.	.	.	SAIS OBJET											
170085046	AVU	Comcile	80 ans	03/06/2017 13:30	03/06/2017 13:45	2	NEURO	Malaise; patiente abêtie; avancé non comi	NON											

70085867	Domicile	70 ans	09/08/2017 16:40	09/08/2017 18:30	3	TRAUMATO	Fracture fermée humerus	OUI	OUI / PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	COMVERSAT DUMIEL	Focalisation sur la respiration - VAIOS sur le masque de MEDPA, lavage dissociatif, suggestion de relâchement musculaire, détente, intégration des gestes de soins (peut se démmobilisation pratiqués dans le même temps par l'équipe, utilisation des mots du patient (les complèts à "tipotein")	Après avoir commencé à lui parler, la patiente me demande "vous allez m'hypnotiser ?" je lui demande si elle a déjà eu une expérience d'hypnose, réponse négative mais c'est le ton de ma voix qui lui fait penser à de l'hypnose (patiente avait travaillé dans le milieu médical). Immobilité + biancardage réalisés avec une dose modérée de morphine (6mg). Patiente calme (alors que les SP n'avaient pu la toucher avant notre PEC). A l'hôpital, retour confort de la patiente, même dit avoir déjà été rassurée par les pompes mais "c'est ne s'était pas passé aussi bien". Echange avec l'équipe - retour positif, calme de l'intervention, sur le mode de l'humour ("un d'ur me dit qu'il a "allié l'hypnotisé aussi". Me a son pas senti gênés par le fait que je ne parle qu'à la patiente, savaient ce qu'ils avaient à faire et à quel moment) par le fait que je finis dans le discours à la patiente.
AMU												
70085868	Avite	30 ans	10/08/2017 15:40	10/08/2017 16:25	3	CARDDI	douleur thoracique aiguë	OUI	non / ndc perçu mais relation patient ou environnement très trop désagréable			
70085868	AMU	Lieu public : 2 ans	10/08/2017 17:05	10/08/2017 17:25	2	PEDIATRIE	enfant lassée seule ds XL, va bien PAS	OUI	NON / PAS D'INDICATION PERCUE			
70085868	AMU	Domicile : 48 ans	10/08/2017 20:10	10/08/2017 20:40	3	TOXICOLOGIE	IMV	NON				
70085863	SOUSAN							SANS OBJET				
70085837	AMU	Lieu public : 20 ans	12/08/2017 10:40	12/08/2017 11:05	3	CARDDI	douleur thoracique aiguë	OUI	NON / PAS D'INDICATION PERCUE			
70085838	AMU	Domicile : 67 ans	12/08/2017 11:15	12/08/2017 11:55	3	PNEUMO	décompensation SFCO	OUI	non / ndc perçu mais relation patient ou environnement très trop désagréable			