

Communication dynamique à l'induction d'une anesthésie générale.

40 à 80% des patients présentent une anxiété préopératoire. Il s'agit d'un état de tension interne marquée par une inquiétude avec objet : l'intervention chirurgicale. On se rapproche de la peur fondamentale de mourir ou bien de la perte de contrôle de la situation. Cette inquiétude subjective peut induire de nombreux symptômes somatiques. Lors de la consultation pré anesthésique, le médecin cherche à évaluer l'anxiété préopératoire et peut prescrire une prémédication. L'objectif de celle-ci étant l'anxiolyse, la facilitation de l'induction voire la réduction des doses d'anesthésiques pendant la période opératoire.

Pour certains auteurs, l'anxiolyse pourrait aussi améliorer la récupération, l'analgésie et l'incidence des complications postopératoires. Ces résultats sont à discuter à plusieurs niveaux, en effet l'anxiété préopératoire n'est pas une constante obligatoire dans le contexte d'intervention chirurgicale. Elle varie en fonction du type d'intervention, du sens donné par le patient à l'événement, des antécédents d'anesthésie, surtout s'ils sont mal vécus, et même de l'absence d'antécédent, une première fois étant toujours une situation anxiogène. Elle varie entre le moment où le chirurgien pose l'indication opératoire et l'instant préopératoire immédiat de l'induction anesthésique. Cette période correspond au délai de réflexion du patient, aux questions qu'il se pose, la dispense obligatoire des renseignements médicaux et la manière dont est reçue cette information. Mais, au-delà de la situation opératoire proprement dite, l'anxiété est une réaction psychique élaborée par une personne qui possède un passé, un vécu, une expérience personnelle ou partagée, un mode de fonctionnement, un projet, etc. Enfin, prendre en compte l'anxiété préopératoire ne doit pas dédouaner tous les soignants d'une évaluation et d'une prise en charge de l'anxiété postopératoire.

Après la prémédication reçue dans le service d'hospitalisation, l'accueil du patient au bloc opératoire est évidemment un moment essentiel pour la poursuite de l'anxiolyse. Chaque membre du personnel s'attelle donc à rassurer le patient, chacun dans sa fonction propre qu'il soit brancardier, aide soignant ou infirmier. Pour l'anesthésiste et le patient, il existe aussi une double contrainte, le plus souvent l'organisation des services hospitaliers fait que le médecin « découvre » son patient au bloc opératoire et réciproquement. En revanche, un anesthésiste possède un atout essentiel, c'est sa spécialité. Il est un médecin rare qui agit à la fois sur le corps des patients, par la mise en place de voie veineuse, la réalisation d'anesthésie loco régionale par exemple, et à la fois sur l'esprit en faisant passer les patients d'un état de conscience vigile vers un état d'inconscience, d'un état de contrôle vers un état de dépendance totale.

Pendant les quelques minutes précédant l'anesthésie, le médecin peut faire, d'une manière différente, la même chose que d'habitude. Et devenir l'élément moteur d'une prise en charge plus globale du patient et donner un sens nouveau au mot relation.

Il y a ici une place pour une communication alternative et distincte des « ne vous inquiétez pas » ou « cela va bien se passer » que l'on entend tous les jours. Jusqu'à la preuve du contraire, ce type d'injonctions aussi pleines de compassion soient-elles, ne garantissent rien. Au contraire, je pense qu'il faut en finir avec ces phrases qui ne font qu'entretenir ou même renforcer l'anxiété. Des auteurs comme Milton H. Erickson et Paul Watzlawick ont montré l'impact thérapeutique de ce type de communication.

Prendre en compte le patient d'une manière différente, c'est créer un cadre dans lequel la relation patient anesthésiste peut prendre une autre dimension, un cadre qui va légitimer

tout ce qui va se passer, un cadre où chacun aura sa place et son rôle, un cadre où chacun aura sa part de travail. L'anesthésiste n'a que quelques minutes pour établir cette relation, gérer l'anxiété du patient et même anticiper le traitement de la douleur postopératoire. L'hypnose conversationnelle ou la communication dynamique offre plusieurs outils utiles pour répondre à cette mission. Il existe d'autres objectifs comme responsabiliser le patient, le rendre acteur du soin prodigué et ainsi l'extirper de l'infantilisation dans laquelle nos établissements de soins le placent parfois. La relation hypnotique se réalise par la communication dynamique avec son patient au bloc opératoire et nécessite plusieurs étapes.

Le premier niveau de communication à prendre en compte est dans l'attitude, le comportement, la manière de se présenter au patient. Cela demande un effort particulier car avant même la rencontre avec le patient, le médecin devra se conditionner pour être à la fois un observateur de ce qui va se jouer et en même temps un acteur important. Il devra constamment se positionner et se jauger dans cette interaction. Cet auto conditionnement préalable peut se faire simplement en se posant quelques questions avant d'entrer en relation avec le patient. Est-ce que mon comportement est compatible avec ce que je veux proposer au patient ? En d'autres termes, suis-je métaphoriquement parlant ? Est-ce que ma voix, ma manière de marcher, mon expression du visage, est-ce que toute ma communication non verbale va dire au patient qu'il peut se sentir en sécurité et en confiance avec moi ? La première impression que le médecin anesthésiste doit donner, est la sérénité. Aussi, il ne faut pas oublier que la pratique de l'anesthésie est elle-même source de stress et de tension; mais celle-ci est l'affaire du médecin et non pas du patient. Chacun doit faire avec ses dispositions naturelles pour gérer cela et être le symbole de compétence que le patient attend. Cette étape est indispensable, il en va de la crédibilité du thérapeute, notion inventée par Bernheim pour décrire l'autorité attribuée au médecin par le patient. Cela renforcera d'autant plus l'importance des mots prononcés par le médecin.

La mise en place d'une relation commence donc par une présentation. Mais avant ça, faut-il encore « s'accaparer » le patient. Si l'on veut lui parler, il faut s'assurer qu'il écoute. L'objectif de cette étape est de fixer l'attention du patient et qu'il soit dans un état d'hypervigilance focalisée comme décrits par François Roustang. Cette étape est la réduction de toutes les choses qui peuvent retenir l'attention du patient au bloc opératoire et in fine seule la voix de l'hypno anesthésiste « est ». C'est ici que le cadre se met en place et il faut alors proposer un contenu qui fasse référence au calme, la tranquillité, la sérénité, la confiance, les ressources propres du patient. Cette étape autorise également le patient de se projeter dans un avenir possible comme par exemple le calme, la tranquillité, la sérénité et la confiance en salle de surveillance post interventionnelle.

Cependant, il n'y a pas d'uniformité dans les comportements des patients. Aussi, le médecin doit-il s'adapter en fonction des typologies rencontrées :

- Il peut être face à un patient somnolent ou avec des troubles de l'attention, conséquence directe de la prémédication. Dans ce cas précis, peut-être vaut-il mieux laisser les choses se faire dans ces conditions.
- Il arrive que des patients présentent quelque fois une réaction émotionnelle intense et pleurent sur la table d'opération. Ici, il est utile de gratifier le patient et de poursuivre l'accompagnement: « prenez le temps nécessaire pour ressentir ce que vous ressentez et nous nous occupons de vous, ensuite. » Ce qui se joue là à son importance pour la suite, l'hypno anesthésiste permet au patient d'être lui-même sans aucun jugement de valeur. Ces moments

d'émotion sont comme une fenêtre ouverte sur l'intimité du patient, sur ce qu'il est au fond de lui. Le médecin peut l'utiliser comme une invitation. Le patient qui pleure, ne résiste pas. C'est une rencontre entre deux personnes, une co-naissance. Un geste simple comme prendre une main tendue ou fixer un regard fait beaucoup plus qu'un long discours convenu. Certes le médecin sort transitoirement de son rôle propre d'anesthésiste mais c'est indispensable pour mieux le reprendre ensuite.

- Intéressons-nous au patient tout à fait conscient et totalement hermétique à tout contact. On entend souvent dire à son propos, qu'il est prostré, dans sa bulle. L'image est juste, il est seul avec son angoisse ou bien inversement, il est seul dans son propre espace de sécurité dépourvu de toute anxiété. Ce qu'on peut dire, c'est qu'il s'agit probablement d'une transe spontanée dissociative. Après s'être présenté, le médecin peut dans un premier temps poser simplement la question ouverte : comment vous sentez vous ? Et quelle que soit la réponse ou l'absence de réponse, il faut valider : « c'est bien de ressentir des choses. »

Ce premier moment est à mon sens d'une portée fondamentale. Le médecin a commencé la phase de réduction du champ d'attention du patient. C'est le moment privilégié pour entendre le langage du patient, et pour lui parler dans un grand respect de ce qu'il est.

La gratification valorise le patient et permet de le mener sur une voie d'apaisement. Elle permet aussi de définir son nouveau rôle d'hypno anesthésiste : « je ne suis pas uniquement là pour vous endormir, je suis surtout là pour m'occuper de vous. »

Si le patient garde toujours le silence, on peut aussi utiliser la double négation qui crée la confusion et peut aider le patient prostré à se déconnecter de son monde intérieur : « il n'y a rien d'anormal à ressentir ce que vous ressentez ! » Quelque fois, il peut être utile de faire une description du bloc opératoire : le personnel soignant et le matériel. Pour cette présentation, on peut utiliser le saupoudrage et ainsi créer un cadre, une ambiance de bien-être et de sécurité, il faut proposer un modèle de communication dans lequel le patient souhaitera venir et ainsi sortir de sa bulle. Le médecin met l'accent sur certaines phrases et donc certaines idées et sensations comme la tranquillité, la sérénité, la sécurité sans pour autant faire une description logique qui pourrait obliger le patient à réfléchir inutilement. Une communication dynamique ne doit apporter aucune contrainte au patient. En salle d'opération, on peut présenter les appareils de monitoring anesthésique tels l'électrocardioscope, le tensiomètre et l'oxymètre de pouls. L'information technique ayant déjà été faite en consultation pré anesthésique, l'électrocardioscope n'est pas l'appareil qui surveille le rythme cardiaque, ce sont des électrodes posées sur la poitrine, le tensiomètre devient l'appareil qui gonfle et qui dégonfle régulièrement, l'oxymètre la petite chose avec la lumière rouge. En plus de créer la confusion, cela permettra d'ouvrir une parenthèse virtuelle. Il faudra bien sûr la refermer en salle de surveillance post interventionnelle, en montrant au patient qu'il retrouve les mêmes appareils de monitorages que la salle d'opération. Ainsi on crée un début et une fin symbolique de l'intervention chirurgicale, et on pose une limite dans le temps. L'autre intérêt de cette description, c'est de proposer au patient une manière différente de voir les choses en associant par exemple un respirateur au fait que le patient vous écoute, tranquillement allonger sur la table d'opération. Cette présentation sécurisante de l'extérieur du patient peut l'aider à s'adapter au bloc opératoire et recadrer son monde intérieur.

En ce qui concerne la pose de la voie veineuse, je n'ai pas de position systématique. Si c'est l'infirmier(e) anesthésiste qui s'en charge, cette action est hors cadre. Si c'est l'hypno

anesthésiste qui pose la perfusion, il faut l'intégrer au moment opportun dans la phase de mise en relation. Cela dépend bien sûr de ce qui se passe. Des auteurs ont décrits diverses techniques d'hypnose dissociative comme le gant magique ou la « safe place » qui peuvent être utilisées et renforcer la relation hypnotique.

Cette première phase est dense et il en va de la qualité du cadre et de la relation patient hypno anesthésiste qui se met en place. C'est un pré requis obligé.

La préoxygénation est un temps obligatoire à la réalisation d'une anesthésie générale dans les règles de l'art. D'un point de vue hypnotique, la respiration consolide la transe en fixant l'attention. De plus, une respiration lente et régulière régule la fréquence cardiaque et favorise la relaxation musculaire, deux facteurs anxiolytiques. En pratique, à ce moment de la procédure anesthésique, le patient sera « endormi » dans les minutes qui suivent, et il le sait ! On garde pour acquis qu'il est dans un état de conscience modifié. Consolider cet état par des suggestions motrices portant sur la respiration est indispensable. L'idée est toujours de valider les actions du patients par des rétroactions telles que « c'est bien ce que vous faites » ou « vous respirez vraiment très bien ». L'accompagnement se fait à l'expiration. Là, encore le patient doit être un acteur. C'est pour cela que suggérer la fermeture des yeux est à mon sens très important. Quand le patient laisse ses paupières se fermer sur proposition du médecin, c'est très différent que d'être dans l'attente de la perte de connaissance anesthésique. Les yeux fermés, le patient se retrouve encore et toujours avec une voix pour l'accompagner. On peut orienter le patient vers la perception de ses propres sensations corporelles et faire le constat de l'abondance de celles-ci. « Votre respiration est tranquille, il peut y avoir des idées ou des pensées dans la tête, votre corps est calme. » « Vous pouvez ressentir plein de choses dans votre corps, vous pouvez sentir des fourmillements sous votre peau, ou bien une sensation de chaleur ou autre chose. » Au delà de la qualité intégratrice de cette métaphore de l'abondance, cela montre implicitement au patient que son corps est plein de ressources et pas seulement un corps malade. Cette voix thérapeutique peut faire des suggestions plus directes sur la période post opératoire immédiate en salle surveillance post interventionnelle. « En salle de réveil, votre corps peut être paisible comme maintenant. » Cette phase de suggestion est un moment adéquat pour utiliser le taping, qui consiste à tapoter sur l'épaule du patient d'une manière régulière. Cela permet d'être attentif aux sensations corporelles, de garder une autre forme de contact avec le médecin et surtout c'est une métaphore de l'action, tâche que l'on propose encore et toujours au patient. Ce taping est inspiré de l'HTSMA (hypnose, thérapie stratégique et mouvements alternatifs) proposé par le docteur Eric Bardot.

Ce travail conversationnelle pendant l'induction d'une anesthésie générale est responsabilisant pour le patient et stimule donc la confiance en soi. S'il se sent bien à l'issue de l'intervention, c'est grâce à toutes les actions qu'il a entrepris sur les propositions de l'hypno anesthésiste. Cette approche améliore le vécu de cette expérience chirurgicale et crée un antécédent que le patient pourra utiliser s'il en recherche le besoin dans son futur. En plus de ce bénéfice, on peut penser que cette gestion de l'anxiété préopératoire sera utile pour la récupération de l'intervention chirurgicale et la douleur postopératoire. Cette communication dynamique est congruente et basée sur l'immédiateté. Elle n'est pas contraignante pour le patient. Au contraire, la relation hypnotique personnalise le soin réalisé conjointement avec le médecin. Mon expérience professionnelle me laisse penser que la relation hypnotique peut débiter dès la consultation d'anesthésie. En effet, j'ai pu constater qu'un cadre relationnel fort mis en place pendant la consultation, peut être retrouvé presque immédiatement avec le patient, et ce même plusieurs jours après sa création.

Aussi ma réflexion me pousse à penser qu'une prise en charge ultra-précoce c'est-à-

dire dès que le chirurgien pose l'indication chirurgicale, pourrait être utile en terme de réhabilitation post-opératoire (douleur, insomnie, cauchemar, durée d'hospitalisation). L'hypnose pourrait canaliser cette période pré opératoire dans sa globalité en s'occupant du patient pour qu'il crée un avenir possible, la mémoire d'un futur envisageable. Peut-être cela pourrait prévenir une construction anxieuse de l'acte chirurgicale. Valider cette hypothèse ne se fera qu'avec une étude médicale.

Au 19^{ème} siècle, l'hypnose médicale était un espoir pour la qualité de la chirurgie. Aujourd'hui, c'est un juste retour des choses que de voir l'hypnose pratiquée au bloc opératoire.

CAS CLINIQUE DE MADAME P.

Madame P. présente un cancer du sein opéré. Elle est admise au bloc opératoire pour une pose de chambre implantable (ou PAC) sous anesthésie locale, par mes soins. Je ne connais pas cette patiente, c'est un confrère qui l'a vu en consultation pré anesthésique. J'ai simplement consulté au préalable, son dossier informatisé qui justifiait la mise en place de ce dispositif intra veineux pour une chimiothérapie, l'intervention du sein s'est bien déroulé sans complication.

Ce sont les infirmières du bloc opératoire qui accueillent Mme P. à l'entrée du bloc opératoire et la conduisent en salle d'opération.

A mon arrivée en salle d'intervention, Mme P. est installée sur la table d'opération. Je me présente à elle.

- *Bonjour madame, je suis le médecin anesthésiste. C'est moi qui vais mettre en place le PAC.*

Là, Mme P. se met à pleurer.

Je vais prendre en compte cette réaction émotionnelle et créer en même temps un cadre relationnel hypnotique.

- *Vous avez le droit de pleurer. C'est normal, il y a beaucoup d'émotion à l'intérieur. Est-ce que je peux vous aider ?*

Elle pleure toujours sans même me jeter le moindre regard.

- *Peut-être vous préférez être seul pour pleurer ?*

Elle me répond non de la tête. Je m'approche plus près d'elle en m'installant sur un tabouret et je lui tends de quoi s'essuyer.

- *Regardez moi Mme P. je suis là pour m'occuper de vous.*

Elle me regarde enfin.

- *Je pense que je peux vous aider ? Dites moi ce qui se passe ?*
- *J'ai peur.*
- *C'est normal. Dites moi de quoi vous avez peur ?*

Silence.

- *Ça va trop vite.*

- *Dites moi ce qui va trop vite ?*
- *Tout.*
- *Ça veut dire quoi tout ?*

Silence. Je demande :

- *Etre ici pour le PAC ? ou autre chose ?*
- *Ça va trop vite. Je ne pourrais plus rien faire après ?*
- *Dites moi ce que vous pensez ne plus pouvoir faire ?*
- *Je suis une femme dynamique et avec cette maladie il y a plein de choses que je ne pourrais plus faire.*
- *Vous savez Mme P, je connais plein de gens qui font plein de choses avec le cancer.*
- *Je ne pourrais plus emmener mes petites filles à l'école.*
- *C'est très bien d'emmener vos petites filles à l'école.*
- *Oui.*
- *Et elles ont quel âge vous petites filles ?*
- *Six ans et demi et trois ans et demi.*
- *Elles ont de la chance d'avoir une grand-mère qui les emmène à l'école.*

A présent Mme P, ne pleure plus.

- *Est ce que vous pensez qu'imaginer emmener vos petites filles à l'école, ça peut vous faire du bien.*

Mme P hausse les épaules (j'entends ici : je ne sais pas !)

- *Je vais vous aider, dis-je en modifiant ma posture.*
- *Vous pouvez prendre de grandes inspirations et ensuite videz lentement et complètement vos poumons. Voilà. Comme ça. C'est bien ce que vous faites. Et en même temps que votre respiration se pose, vous pouvez porter votre attention sur votre corps. Il se passe plein de choses à l'intérieur de votre corps. Vous pouvez ressentir plein de sensations. Lourdeur ou légèreté. Vous pouvez sentir des fourmillements ou autre chose. Est ce que vous sentez quelque chose à l'intérieur ?*
- *Oui.*
- *Quand la respiration est posée et que les paupières se ferment, on peut ressentir mieux les choses de l'intérieur.*

Mme P. ferment les yeux. Elle respire calmement et les traits de son visage se relâche progressivement.

- *Et en même temps que le corps se détend, le cœur aussi se calme et tout est plus tranquille maintenant. Tout ce qui se passe dans votre corps est là pour vous. Et il y a*

aussi toutes ces pensées, toutes ces idées dans la tête. C'est bien de constater qu'il y a toutes ces choses de bien à l'intérieur de son corps.

Je fais un signe aux infirmières qui spontanément avaient stopper la préparation du matériel, pour qu'elles reprennent leur travail.

- *Vous pouvez entendre du bruit. Cela n'empêche pas votre respiration d'être bien tranquille, ni le corps d'être posé, ni les pensées d'être dans la tête. Voilà. C'est bien.*

Je me prépare à mon tour : lavage des mains et habillage stérile.

- *C'est bien ce que vous faites Mme P. Etes vous bien ?*

Elle répond oui de la tête.

- *Vous pouvez être attentive aux pensées. Votre esprit va vous donner une pensée qui va vous faire du bien. Vous allez voir.*

Ensuite en même temps que je pose le PAC, je décris ce que je fais en l'associant à une proposition.

A la fin, je félicite Mme P, je l'invite à remercier son corps pour ce qu'il a fait pour elle. Je lui suggère qu'elle pourra recommencer cette expérience chez elle ou ailleurs, quand elle en aura besoin. Maintenant les choses sont différentes.

Donc, ce qui semblait difficile (la coopération nécessaire à n'importe quel geste médico-chirurgical sous anesthésie locale) est obtenu avec un accompagnement dynamique. Mme P. était submergée par l'émotion. La première partie (quand je sors de mon rôle de médecin technicien) a duré cinq minutes. C'est le temps nécessaire pour créer un cadre relationnel où Mme P. s'est installée. La phase de focalisation sur la respiration m'a permis de « remettre » Mme P dans son corps. J'ai usé de la métaphore de l'abondance, très utile pour les patients cancéreux : son corps n'est pas qu'un corps malade ou un corps douloureux, son corps n'est pas un corps de regrets mais au contraire, il existe dans ce corps plein de ressources qu'elles soient dans le corps lui-même ou dans l'esprit. Remettre Mme P. dans son corps pour ensuite l'autoriser à se dissocier dans une relation hypnotique thérapeutique. Elle a cheminé dans une pensée. Peut être était ce une promenade avec ses petites filles, peut être était ce autre chose ? Je ne sais pas. Ce que je sais, c'est qu'elle a accepté la proposition de laisser son esprit lui donner la pensée qui convient. Elle est passée d'une patiente inactive (submergée par l'émotion) à une patiente active qui utilise ce qui se passe « en elle ».

CAS CLINIQUE DE MONSIEUR B.

Monsieur B. est dans le sas d'entrée au bloc opératoire. Il doit subir une anesthésie générale pour une chirurgie thoracique bénigne. Je suis présent pour l'accueillir. Je le brancarde avec l'infirmière anesthésiste jusqu'en salle d'intervention. Monsieur est silencieux et souriant. Il observe.

- *Bonjour Monsieur B. Je suis le médecin anesthésiste, je vais m'occuper de vous avec cette infirmière.*

Il incline son visage. Je poursuis.

- *Avez vous passez une bonne nuit ?*

- *Bof !*
- *Ça veut dire quoi bof ?*
- *A votre avis, on dort bien avant de se faire opérer des poumons ?*
- *Je ne sais pas c'est pour cette raison que je vous pose cette question ?*
- *Endormez-moi vite, ce n'est pas la peine de me parler.*
- *Je vais vous endormir ça c'est sûr mais j'aime bien parler avec les personnes que je vais endormir. Je m'intéresse à vous. On ne se connaissait pas avant. Maintenant je vous connais un peu. Je pense que vous êtes pressé d'en finir avec cette intervention.*
- *Vous ne pouvez pas imaginer à quel point !*
- *C'est vrai, je ne peux pas imaginer ça mais je peux vous aider à en finir avec cette opération. C'est très simple il suffit simplement de respirer dans le masque que va poser l'infirmière sur votre visage.*
- *Non, je ne veux pas du masque ça va m'étouffer.*
- *Il est impossible de s'étouffer avec l'oxygène. Tenez vous même le masque et respirez tranquillement.*

Je tends le masque à Monsieur B. et l'aide à positionner correctement le masque. Je m'installe près de lui sur un tabouret et lui dis qu'il respire très bien. Après quelques secondes, il retire le masque.

- *Non, ça ne va pas. Ça m'étouffe, je vous dis.*
- *Très bien. Vous pouvez quand même respirer sans le masque.*
- *Ça d'accord.*
- *Portez toute votre attention sur votre inspiration et votre expiration. Voilà. C'est bien. C'est tout à fait naturel. C'est très bien ce que vous faites. Est-ce que vous sentez qu'il se passe plein de choses dans votre corps ? (Regard interrogatif de Mr B.) Portez votre attention sur le contact entre votre peau et la table d'opération. Et là, est-ce que vous sentez quelque chose ? Prenez le temps nécessaire. Voilà, c'est bien. (Mr B. incline son visage.)*

Après plusieurs ratifications, je propose à Mr B. de laisser ses paupières se fermer et laisser son esprit lui proposer une pensée qui convient. Je fais quelques suggestions de bien être en SSPI, axées sur une respiration tranquille et paisible comme maintenant. Et en même temps que lui fait ceci, moi je fais cela (son anesthésie) ! Je pose ensuite le masque facial pour pré oxygéner Mr B. (acte essentiel pour la sécurité anesthésique, surtout en chirurgie thoracique).

L'exemple de Mr B. est un classique du bloc opératoire. L'erreur pourrait être double ici : laisser le patient dans son opposition, ne pas s'en occuper et être la métaphore de la seringue automatique, ou bien rester camper dans un rôle d'anesthésiste consciencieux et être dans la justification de ses actes médicaux. Une communication dynamique permet une troisième voie gagnant-gagnant. Ce cas clinique confirme qu'il s'agit d'une hypnose utilisationnelle. Le patient est respectée dans ses croyances sans aucun jugement de valeurs ; ce n'est ni le temps ni l'endroit pour ça.

CAS CLINIQUE DE MME T .

Mme T a une cinquantaine d'années, elle est programmée au bloc opératoire pour une cholécystectomie sous cœlioscopie. Elle est installée au bloc opératoire, prête à être anesthésiée. Je rentre dans le bloc et la vois pour la première fois. Je salue la patiente et les infirmières présentes. Je prends le dossier d'anesthésie et m'approche de la patiente.

- *Bonjour Mme T, je suis le médecin anesthésiste.*
- *Bonjour docteur.*
- *Tout est prêt pour vous. Etes vous prête vous-même ?*
- *Oui docteur.*
- *Très bien.*
- *Vous pouvez prendre de grande inspiration dans le masque que l'infirmière va poser sur votre visage. Voilà. C'est très bien ce que vous faites. Concentrez vous sur votre respiration. Voilà. Lente. Régulière. Tranquille. Plus votre respiration et plus votre corps se pose aussi.*
- *C'est de la pensée positive, dit-elle à travers le masque.*
- *Oui, ça me va très bien comme définition. Plus votre corps se pose et plus la pensée est positive. Et je suis certain que vous retrouverez tout ça en salle de réveil tout à l'heure. Très bien Mme T. Vous pouvez laisser vos paupières se fermer et imaginer tout à l'heure en salle de réveil. Bien tranquille. Bien paisible.*

Puis j'injecte les médicaments d'anesthésie à Mme T.

Ici, l'accompagnement fait partie intégrante de l'anesthésie générale. Cette patiente se présentait sereine et je n'ai fait que lui rendre la pareille. Simple et efficace. En salle de réveil, Mme T est souriante, calme et non douloureuse. Je la félicite et lui propose de se féliciter elle-même.

Remerciements aux Hypno Anesthésistes Réanimateurs : Dr D.Coyez et Dr A.Winer, et à Mr JC Lavaud (Hypno Psychothérapeute).

Dr KERKENI Otman
Anesthésiste-Réanimateur
Groupe Hospitalier Sud Réunion.