

L'utilisation de l'hypnose et de la communication thérapeutique en radiologie médicale

Travail de Bachelor

AVIOLAT Justine, n° 13850888

BEAU Magaly, n° 14300198

MORA Alessia, n° 15347313

Directrice : Mme SEFERDJELI Laurence – Professeure HEDS filière TRM

Membre du jury : M. KNUCHEL Charles – TRM responsable du secteur angio-US
aux HUG

Genève, août 2019

AVERTISSEMENT

La rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur-e-s et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Genève, du Jury ou de la Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques.

Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique ; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

12.08.2019

AVIOLAT JUSTINE
BEAU MAGALY
MORA ALESSIA

REMERCIEMENTS

Avant de débiter notre travail, nous tenons à remercier notre directrice de mémoire, Madame Laurence Seferdjeli pour son soutien et ses encouragements durant toute la réalisation de ce travail, ainsi que pour ses conseils méthodologiques et ses remarques pertinentes qui nous ont permis d'avancer dans notre recherche.

Des remerciements particuliers à tous les techniciens en radiologie, des Hôpitaux Universitaires de Genève, que nous avons eu la chance de pouvoir interroger et qui nous ont fourni la matière nécessaire à nos analyses.

Notre reconnaissance va à Madame Geneviève Beau-Warynski pour les nombreuses relectures effectuées afin de corriger la forme de notre travail.

Pour finir, nos meilleures pensées se dirigent vers nos familles et nos amis, qui nous ont soutenues tout au long de notre travail de Bachelor.

Table des matières

Introduction	6
Cadre théorique	7
1. Hypnose et communication thérapeutique	7
1.1. Quelques éléments historiques de l'hypnose	8
1.2. Quelques définitions de l'hypnose	10
1.3. L'utilisation de l'hypnose à travers des études	12
1.4. L'introduction de l'hypnose aux Hôpitaux Universitaires de Genève	13
1.5. Qu'est-ce que la communication thérapeutique ?	15
2. Hypnose et communication thérapeutique en radiologie	16
2.1. Caractéristiques de la radiologie	16
2.1.1. TDM	17
2.1.2. IRM	18
2.1.3. MN	19
2.1.4. RO	20
2.2. Pertinence de l'hypnose en radiologie	22
2.3. Prise en charge du patient	23
3. La formation à l'hypnose	25
3.1. La formation à l'hypnose en Suisse	25
3.2. La formation à l'hypnose aux HUG	26
Méthodologie de recherche	27
4. Recueil de données	27
4.1. Choix des intervenants	27
4.2. Choix de la méthode	28

4.3. Conditions de production des données	29
5. Analyses des données	30
5.1. Analyse descriptive.....	30
5.1.1. Informations aux patients	30
5.1.2. Diffusion de l'hypnose et de la communication thérapeutique en radiologie	33
5.1.3. Evaluation de l'état du patient par le TRM	36
5.1.4. Construction de l'identité professionnelle des TRMs	38
5.1.5. Indications à l'utilisation de l'hypnose et de la communication thérapeutique.....	41
5.2. Analyse interprétative.....	44
5.2.1. Les multiples modalités de l'information aux patients.....	44
5.2.2. L'adaptation en cours d'action : un processus d'enquête.....	47
5.2.3. Evolution et affirmation identitaire	50
6. Discussion.....	54
6.1.1. L'identité du TRM.....	54
6.1.2. La figure du patient.....	56
7. Conclusion	57
Annexes	62
Guide Calgary-Cambridge, Version TRM 2015	62
Tableau d'analyse d'entretien	68
Règlement sur les professions de la santé K 3 02.01	85
Formulaire de consentement éclairé et libre.....	86
Informations pour les personnes participant au travail de bachelor (TB)	87
Bibliographie	88
Iconographie.....	90

Introduction

Nous avons porté notre intérêt sur ce sujet, car nous avons chacune été confrontée à une médecine alternative lors d'expériences personnelles. Alessia a essayé la sophrologie, mais cette pratique n'a pas été concluante, donc elle se questionne sur les bénéfices que pourraient apporter l'hypnose et la communication thérapeutique en radiologie. Magaly a fait de la sophrologie et cette méthode a fonctionné, c'est pourquoi elle se demande si l'hypnose ou la communication thérapeutique seraient des outils qu'elle pourrait intégrer à sa pratique. Justine a suivi une formation en médecine alternative dans le domaine de la kinésiologie et aimerait pouvoir inclure les outils découverts dans son futur métier.

De plus, nous avons vécu des événements en lien avec l'hypnose et la communication thérapeutique durant nos stages. En côtoyant des patients demandant l'hypnose, voici nos interrogations : Comment l'hypnose et la communication thérapeutique influencent-elles la prise en charge des technicien-s-es en radiologie médicale (TRMs)¹ avec les patients ? Que doivent mettre en œuvre les professionnels pour utiliser ces techniques correctement ? Est-ce que l'utilisation de l'hypnose et de la communication thérapeutique peut être pratiquée par tous les TRMs dans l'avenir, toutes modalités confondues ? D'après le vécu des étudiants, certains patients peuvent parfois causer des difficultés dans la prise en charge et le déroulement de l'examen. Est-il possible qu'une information sur l'hypnose transmise aux étudiants puisse les aider, durant leurs stages, à mieux gérer une situation compliquée ?

En outre, nous avons également été informées, par le biais de publicités, d'émissions télévisées et durant nos stages, que les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) forment une partie de leur personnel à l'hypnose. Dans quel but cette formation a-t-elle été mise en place ? De quoi se compose-t-elle ? Comment les TRMs l'appréhendent-ils ? De quelle façon l'hypnose est-elle utilisée en radiologie et quels sont les changements imaginés à la suite des formations données aux professionnels ? Tous ces questionnements motivent notre intérêt pour cette méthode qui prend de plus en plus d'ampleur dans le milieu médical ainsi qu'en radiologie.

¹ l'abréviation TRMs sera utilisée dans la suite de l'écriture, afin d'alléger le texte

Par ailleurs, nous souhaitons apporter une précision sur la terminologie de la communication thérapeutique. Lors de création et de l'analyse de notre travail, nous avons relevé que des termes différents sont utilisés par nos interlocuteurs et dans les articles cités. Ainsi, les appellations telles que l'hypnose conversationnelle, la communication hypnotique, la conversation thérapeutique, l'hypnose Ericksonienne ou la communication d'influence, sont tous des synonymes de la « communication thérapeutique ». Nous avons donc choisi cette dernière dénomination comme terme principal, en raison de l'appellation que les HUG utilisent dans leur programme de formation qui distingue la communication thérapeutique de l'hypnose clinique hospitalière :

1. « La communication thérapeutique, qui s'adresse à tous les soignants et les médecins le souhaitant. La formation vise à réapprendre l'utilisation des mots, pour que ceux-ci soient bien choisis, que les mots blessants ne soient plus utilisés et que la communication active les ressources de chaque patient de manière positive.»
2. « L'hypnose clinique hospitalière, qui s'adresse aux services souhaitant disposer de soignants formés à cet outil relationnel et l'intégrant dans leur pratique professionnelle.»
(Hôpitaux Universitaire de Genève [HUG], 2019a)

Cadre théorique

1. Hypnose et communication thérapeutique

Notre travail traitant de l'hypnose et de la communication thérapeutique, un bref historique de l'hypnose et de ses définitions sera effectué pour permettre au lecteur de comprendre comment l'hypnose est arrivée dans le monde médical, mais aussi pour présenter les différents types d'hypnose utilisés, ainsi que leur intégration dans la pratique. Par ailleurs, une présentation de la communication thérapeutique sera également réalisée, afin d'en définir son utilisation et ses bénéfices éventuels sur la prise en charge des patients.

1.1. Quelques éléments historiques de l'hypnose

Le concept d'hypnose est né à partir du mesmérisme. Ce courant, développé au 18^{ème} siècle par un médecin Viennois nommé Franz Mesmer, était basé sur le magnétisme. Ce scientifique définit cette pratique comme étant « un fluide universel qui réglait les interactions des humains avec les corps célestes et celles des humains entre eux. » (Fenster, 2012). Etienne Felix d'Hénin de Cuvilliers, Baron français, opposé à la pensée de Mesmer, a décrit l'origine du magnétisme comme étant une suggestion pour soigner. Le premier, il « a commencé à utiliser le préfixe « hypn » dès 1819 » (Gueguen, Barry, Hassler, & Falissard, 2015). Les effets observés de ce concept étaient positifs puisqu'ils permettaient de soigner : ils étaient principalement le fruit de l'imagination de la personne magnétisée. Ainsi, le thérapeute modifiait le mécanisme psychologique du patient, en l'accompagnant verbalement dans un état intermédiaire, appelé état de transe hypnotique. Divers signes psychologiques et physiologiques étaient induits grâce à une focalisation sur une sensation, une image ou un lieu précis, dans le but de « transformer un contexte négatif en quelque chose de positif » (Smaga et al., 2010, p.330).

En effet, « la maladie était causée par une mauvaise distribution dans le corps de ce magnétisme animal et la guérison demandait une restauration de cet équilibre perdu. » (Fenster, 2012). C'est ainsi que durant les premières séances, le thérapeute soignait les patients grâce à « un état de crise magnétique » (Institut Français d'Hypnose [IFH], 2016), qui était considéré comme un « moment thérapeutique, le moment où les blocages internes cèdent grâce à l'intervention magnétique » (IFH, 2016). À l'époque, ce procédé était un événement surnaturel, comme l'exorcisme, qui évacuait les démons du corps du malade par des suggestions verbales et par le biais de divers objets tels que : « la baguette, les mains et surtout le « baquet » conçu comme un accumulateur susceptible d'emmagasiner des quantités importantes de cet agent » (IFH, 2016), correspondant aux éléments négatifs responsables de la maladie. Tout ceci dans une atmosphère dense et par une attitude agitée des patients, ce qui permettait une levée des blocages intérieurs.

Suite au développement de Mesmer sur la théorie de magnétisme animal, beaucoup d'autres personnes s'y sont intéressées. Certains parce qu'ils croyaient à la théorie du flux animal et d'autres qui s'y opposaient, en souhaitant lui en trouver des failles. Toutes ces recherches ont permis de faire avancer les connaissances sur le phénomène de l'hypnose. Ainsi, les prémices de l'hypnose moderne ont vu le jour, notamment avec un disciple de Mesmer, le marquis de Puységur, qui développa le « sommeil magnétique » également appelé

« le sommeil lucide », « état où le sujet présente des capacités et des connaissances accrues et est capable de communiquer avec le magnétiseur » (Gueguen et al., 2015). De ce fait, Puységur est devenu, selon Bioy et Michaux (2019) :

Le premier hypnothérapeute, c'est-à-dire, le premier thérapeute à utiliser l'état modifié produit pendant la crise, non pour produire tel ou tel phénomène physique, source de guérison, mais pour permettre d'accéder à des « ressources » diverses, ordinairement inaccessibles, qui vont jouer un rôle déterminant dans le changement thérapeutique (p.27).

Ces ressources peuvent être multiples, « les plus marquantes sont l'apparition d'un niveau accru d'intelligence, et l'apparition de diverses compétences » (Bioy & Michaux, 2019, p.27).

Au 20^{ème} siècle, Milton H. Erickson a réintroduit le concept de l'inconscient, théorisé précédemment par Sigmund Freud. Auparavant, « la pratique hypnotique était fondée sur des suggestions dans lesquelles l'hypnothérapeute proposait directement au patient la solution d'un problème » (IFH, 2017). Contrairement aux autres utilisateurs de la pratique hypnotique, ce psychiatre et psychologue américain a placé le patient au premier plan : il est l'acteur principal de sa guérison. Le thérapeute est uniquement un facilitateur du changement, puisqu'il apporte des outils afin que l'individu puisse « construire son mieux-être » (Smaga et al., 2010, p.330) par le biais de ressources intérieures qu'il utilisera pour s'adapter à une situation ou changer la perception des éléments environnants. Par ce courant de pensée, Milton H. Erickson est devenu le père de l'hypnose moderne, en créant également le concept d'autohypnose et en rendant l'hypnose accessible à tous. Par ailleurs, il a démontré « que l'hypnothérapie est efficace sur des durées thérapeutiques beaucoup plus courtes (entre 2 et 30 séances), que les cures psychanalytiques habituelles qui durent entre 4 à 20 ans » (Institut de Nouvelle Hypnose, s.d.).

Dans le monde de la santé, l'hypnose a été reconnue comme une pratique diagnostique et thérapeutique depuis les années 1950. De ce fait, les recherches menées sur la pratique ont permis aux hypnothérapeutes contemporains de rechercher la collaboration avec le patient et non la manipulation mentale, mais aussi de porter leur attention « sur le comment ils peuvent aider leurs patients à changer, s'épanouir et à aller vers leur objectif principal en générant un mieux-être » (Institut de Nouvelle Hypnose, s.d.). Dans le but de générer ce mieux-être, la communication thérapeutique a été mise en avant et utilisée, car elle est « essentielle dans la construction de la relation soignant-soigné afin de permettre une meilleure compréhension du patient des événements inhérents à sa prise en charge et aux soins. Elle permet d'instaurer une confiance, de lever les doutes. » (Groupe Francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie [GRACE], 2018).

La communication thérapeutique est donc souvent assimilée à l'hypnose conversationnelle et utilise des outils tels que : l'écoute active, l'empathie, la reformulation, l'analyse du verbal et du non verbal, mais aussi le remplacement des mots négatifs par des formulations positives. À Genève et particulièrement aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), l'hypnose, dans la pratique, a été amenée, il y a plus de 20 ans, par le Docteur Forster, médecin anesthésiste, qui « a commencé à faire de l'hypnose conversationnelle avec des patients, avant une chirurgie ou pendant une chirurgie pour les préparer » (C.Knuchel, 2018). Ceci a permis le commencement de la pratique de l'hypnose dans un environnement hospitalier et particulièrement chez les anesthésistes qui l'utilise encore actuellement pour le traitement de l'anxiété, de la douleur, en association avec des médicaments, dans le but d'en diminuer les doses, d'améliorer l'efficacité des traitements contre la douleur ou encore de combattre certaines phobies liées au milieu hospitalier (Cheseaux & Brandao Farinelli, 2012). Par conséquent, l'utilisation, de nos jours, de l'hypnose et de la communication thérapeutique, permet d'aider les patients à supporter le stress, l'angoisse, voir la douleur dus à une procédure médicale.

C'est ainsi que l'hypnose clinique et la communication thérapeutique sont devenues des pratiques de choix dans le monde médical. L'hypnose est proposée aux patients lors d'interventions chirurgicales, d'actes médicaux, de douleurs ou de craintes liées à l'hôpital, tandis que la communication thérapeutique, qui s'est particulièrement diffusée ces dernières années, a pu démontrer son utilité dans les différents domaines de soins, mais également en radiologie, raison pour laquelle, les HUG ont décidé de former 10% de leur personnel à cette nouvelle approche thérapeutique.

1.2. Quelques définitions de l'hypnose

L'hypnose est « une technique de psychothérapie » (Bontoux, Couturier, & Menkès, 2013, p.10) qui est souvent utilisée en complément d'autres thérapies, telles que des médicaments anxiolytiques, amnésiques ou analgésiques. Pour de nombreux détracteurs, cette méthode est encore considérée négativement, car elle est perçue comme pouvant manipuler la pensée d'un humain, pendant qu'il est inconscient. Or, la personne est consciente, tout en étant dans un état ressemblant à la rêverie, « une sorte de déconnexion mentale et physique, aboutissant à un isolement relatif de l'organisme par rapport à son milieu » (Bontoux et al., 2013, p.10).

Le but premier est de focaliser les idées du patient sur un événement unique, en lui suggérant des éléments par la parole, afin qu'il puisse accéder à une autre perception de ce qui l'entoure. La pratique de l'hypnose permet de diminuer un stress post-traumatique ou une angoisse, tout en conservant le patient éveillé. Il existe quatre différentes formes d'hypnose, selon D'Angeli-Lockert (2007) :

- « L'hypnose traditionnelle, la plus ancienne (1841), celle qui est aussi utilisée dans le monde du spectacle, mais qui est avant tout un outil thérapeutique, depuis près de deux siècles. Elle se veut volontairement autoritaire et dirigiste ; les suggestions hypnotiques sont directes et la thérapie va droit au but, sans détour. Cet aspect attire un certain nombre d'individus, impressionnés par le côté spectaculaire de l'influence du thérapeute sur son patient. »
- « L'hypnose Ericksonienne, développée vers 1930. La plus populaire actuellement et, en même temps, la plus méconnue. L'Hypnose Ericksonienne a perfectionné les outils de l'Hypnose Classique pour les rendre invisibles, indirects, subliminaux. Elle peut avoir gardé un aspect dirigiste mais (...), elle a donné une nouvelle dimension à l'utilisation des mots, afin de s'adapter à n'importe quel patient - non plus en suggestions directes, comme une sorte de médicament donné à la personne, mais en œuvrant pour que cette dernière enclenche par elle-même de profonds processus de changement et de guérison. (...) Le thérapeute ne lâche pas son objectif, mais il y met « les formes », grâce à une communication d'influence très travaillée et précise, pour que son patient aille où il le souhaite : vers la guérison. Nous restons toutefois beaucoup, avec cette forme d'Hypnose, dans un domaine purement médical ou psychiatrique. »
- « La nouvelle hypnose, développée dans les années 75 par les successeurs d'Erickson, notamment Daniel Araoz, et enrichie par la PNL (Programmation Neuro-Linguistique). Elle prend (...) la suite de l'Hypnose Ericksonienne, en modélisant les outils de langage (...) de Milton Erickson, et elle la sublime en lui apportant l'idée d'œuvrer dans un domaine plus vaste, plus humain que purement médical (...). Toute directivité est volontairement abandonnée dans ce type d'Hypnose : il n'y a plus de prescription, d'amnésie, de suggestions post-hypnotiques... La douceur est reine. (...), le thérapeute devient « serviteur », usant de métaphores éthérées et évocatrices. Un serviteur qui garde toutefois toujours en tête l'objectif de changement de son patient : le mieux être dans tous les domaines, y compris bien sûr la santé. »
- « L'hypnose humaniste, la plus récente, développée à partir de 2000. Sa particularité fondamentale tient au fait que le thérapeute ne s'adresse plus à l'Inconscient de

la personne, mais à sa grande Conscience, que l'on appellera « Conscience Majuscule ». Grâce à une technique d'induction hypnotique inversée, il n'y a plus de dissociation « conscient-inconscient », comme dans les autres formes d'Hypnose. Au contraire d'un endormissement, le patient expérimente un état d'unification, plus éveillé qu'à l'ordinaire, et ne se sent jamais divisé en lui-même, il reste conscient en permanence (pas de perte de mémoire pendant ou après la séance). Grâce à cette perception élargie de lui-même, il lui devient possible de trouver et mettre en place ses propres solutions. C'est d'ailleurs lui, et non pas le thérapeute, qui intervient durant la thérapie, l'hypnothérapeute n'étant ici qu'un guide et pédagogue. Les sensations, pendant ce type d'expérience et longtemps après, sont particulièrement agréables, légères ; une sérénité durable s'installe, une impression de paix et de compréhension profonde de soi.»

1.3. L'utilisation de l'hypnose à travers des études

Selon une étude menée par Teike Luethi, Currat, Spencer, Jayet et Cantin (2012), l'hypnose est une approche complémentaire afin de diminuer, de gérer l'anxiété, d'atténuer des symptômes, de soulager la douleur et de réduire la sensibilité. Cet effet hypo analgésique a été démontré, en particulier lors de procédures médicales invasives. En oncologie, des résultats positifs ont été observés, non seulement sur plusieurs symptômes physiques, mais aussi sur la perception de la maladie par le patient. Tout ceci permet à ce dernier de retrouver une forme d'empowerment, une capacité d'agir sur le développement de sa propre autonomie et la prise en considération de son avenir, ainsi que sa participation active aux décisions. De plus, l'hypnose incite des autosuggestions et la possibilité d' « aller à l'extérieur de leur réalité pesante » (p.83) grâce à l'utilisation de métaphores. Cette méthode explore les émotions comme étant des ressources permettant de retrouver une sensation de bien-être et de modifier la perception de l'environnement. Les auteurs de cette étude soulignent également l'importance d'une relation de confiance entre le patient et l'hypnotiseur afin que le malade se sente en sécurité et qu'il ait le sentiment d'être compris. En somme, ils affirment que l'hypnose est un outil utile et qu'elle apporte de nombreux bénéfices aux patients.

Concernant les troubles anxieux, Smaga et al. (2010) affirment que :

L'hypnose peut être utilisée comme une thérapie de soutien visant avant tout la relaxation pour un meilleur contrôle de l'anxiété. Elle est également efficace pour anticiper et contrôler les affects liés aux facteurs anxiogènes, ou comme technique intégrative d'un vécu traumatique (p.331).

En effet, le patient reçoit des outils de la part de l'hypnotiseur dans le but de retrouver un sentiment de bien-être, de sécurité, de confiance et d'estime de soi, grâce à l'état de transe hypnotique. Les chercheurs soutiennent également que la première étape utilisée par l'hypnothérapeute est une hypnose informelle, appelée aussi communication hypnotique ou communication thérapeutique, permettant de trouver la source de l'anxiété et de renforcer les ressources internes du patient. Pour que la méthode soit efficace, il est important d'intégrer l'origine anxiogène en induisant une vision de l'événement et de son vécu, dans le but de désactiver cet élément perturbateur. Finalement, ces auteurs constatent que l'hypnose est bénéfique, si la relation thérapeutique est adéquate, si on agit précocement sur la problématique, ainsi que « si elle est intégrée dans une réflexion et une compréhension globale des mécanismes psychologiques mis en jeu » (Smaga et al., 2010, p.333).

1.4. L'introduction de l'hypnose aux Hôpitaux Universitaires de Genève

Dans le monde médical suisse, depuis 1981, la pratique de l'hypnose est contrôlée par la Société Médicale Suisse d'Hypnose (SMSH), mais c'est uniquement à partir des années 2000 que la Fédération des Médecins Suisses (FMH) a reconnu la formation complémentaire en hypnose médicale. Ceci n'a cependant pas empêché l'hypnose d'être introduite aux HUG dans les années 80, bien que sa pratique ait été limitée, comme l'explique le Dr. Foster dans un entretien : « Il a fallu du temps jusqu'à ce que l'hypnose soit reconnue...J'ai été formé au début des années 70 et je suis entré aux HUG en 1977. En tant qu'anesthésiste, j'évoluais dans un climat plus favorable à l'hypnose que les psychologues. Je me suis beaucoup impliqué, en m'occupant surtout de grands brûlés.» (Association des Médecins du canton de Genève [AMGe], 2007). En effet, durant ces années, les psychologues devaient se cacher pour pratiquer l'hypnose, car cette technique était encore mal vue du grand public.

De nos jours, les médecins ont accès à un étayage scientifique important qui leur permet de proposer la méthode aux patients, et nombreux sont les professionnels de la santé qui par la suite se sont intéressés à l'utilisation de cette méthode. En effet, de multiples recherches ont été effectuées grâce à l'IRM fonctionnel qui a objectivé la pratique en effectuant des « recherches neurologiques permettant de comprendre ce qui se passe sous hypnose : on voit que les comportements du cerveau diffèrent par rapport à l'état habituel, quelles parties du cerveau fonctionnent sous hypnose et lesquelles non. » (AMGe, 2007).

Cette validation scientifique a donné de nouvelles perspectives à l'hypnose médicale et les HUG ont décidé, en 2017, de lancer le Programme Hypnose HUG (PHH), en « partenariat avec l'Institut Romand d'Hypnose Suisse et cofinancé par les donateurs de la Fondation privée des HUG » (Koller, 2018). Ce programme prend en compte « deux niveaux d'enseignement : la communication thérapeutique et l'hypnose clinique hospitalière. » (Koller, 2018). Ces cours ont pour objectif de former un grand nombre de soignants, afin qu'ils puissent utiliser leurs connaissances dans les domaines où l'hypnose a fait ses preuves, « telles que les douleurs ou les angoisses, mais également les nausées, vomissements, phobies (piqûre, anesthésie, claustrophobie), acouphènes, dépression, insomnies » (Koller, 2018). La communication thérapeutique peut être pratiquée par des soignants et médecins, ce qui amène une aide supplémentaire à la communication soignants-soignés, car les soignants ayant appris cette méthode de prise en charge porteront une attention différente aux patients et posséderont les outils adéquats pour mettre ces derniers à l'aise.

L'introduction de l'hypnose au sein d'un milieu hospitalier se révèle utile, car « un séjour, un soin, une consultation génèrent souvent, auprès des patients, des douleurs et/ou de l'anxiété que les équipes médico-soignantes ont à cœur de soulager » (HUG, 2019b). Selon plusieurs études, cette pratique a une action positive sur la prise en charge des patients : « l'hypnose produit généralement des effets anxiolytiques et antalgiques très importants » (HUG, 2019b). Le PHH a permis d'identifier de nombreuses indications à l'hypnose clinique qu'il distingue en deux types : les indications générales et les indications spécifiques. Ces dernières sont relatives à des soins réalisés dans un département précis des HUG. En somme, les différentes indications sont « liées à des soins » ou « indépendantes des soins » (HUG, 2018a). Nous pouvons donc constater que l'hypnose est largement appropriée à une pratique dans un milieu médicalisé, puisqu'elle engendre de multiples bénéfices qui valorisent les soins hospitaliers.

Toutefois, il est important de relever que les assurances remboursent cette pratique sous certaines conditions. Par exemple, le patient ayant recours à l'hypnothérapie doit posséder une assurance maladie complémentaire, car l'hypnose n'est pas prise en charge par l'assurance base. Selon le Tarif 590 relatif aux complémentaires services médicaux ambulatoire (LCA), la facturation de cette médecine alternative est propre « à l'assureur ou au fournisseur de prestations » (SASIS AG, s.d.). C'est pourquoi, « toutes les questions doivent être adressées aux assureurs et organisations professionnelles participants » (SASIS AG, s.d.).

L'hypnose a donc su trouver sa place au sein des HUG grâce à l'intégration du PHH. Il existe également de nombreuses indications qui favorisent son utilisation, comme les douleurs, l'anxiété ou encore les phobies, telles que les piqûres ou les espaces restreints. Cette pratique peut également être remboursée par les assurances et elle permet de valoriser les soins dans le domaine hospitalier.

1.5. Qu'est-ce que la communication thérapeutique ?

La communication thérapeutique est une forme de communication qui encourage le choix des bons mots au travers de l'écoute active, de l'empathie et de la reformulation par la capacité à remplacer les mots négatifs par des mots et expressions positives (GRACE, 2018). Elle est souvent assimilée à l'hypnose conversationnelle, qui découle du « célèbre Milton Erickson qui la pratiquait d'ailleurs sur ses patients » (Axel Zouaoui, s.d.), et est à la base de la communication en hypnose. Cette approche communicationnelle a fait sens dans le milieu médical, d'après le cours de O. Nouveau, à la suite de l'émergence d'insatisfactions de patients se sentant vulnérables, de la réflexion de soignants se rendant compte que la communication n'était souvent pas adaptée et du besoin ressenti d'optimiser les compétences dans la relation soignant-soigné (Document non publié [Support de cours], 12 octobre 2018).

Pour le soignant qui souhaite utiliser cet outil correctement, il y a, selon le cours de O. Nouveau, un travail de conscientisation à réaliser, car l'utilisation des mots positifs, des encouragements, de l'adaptation de la voix à la situation ou encore de l'emploi de phrases affirmatives et des formulations ouvertes sont des automatismes à prendre, parce qu'ils ne sont pas couramment utilisés dans la pratique (Document non publié [Support de cours], 12 octobre 2018). En effet, les phrases, telles que « Ne vous inquiétez pas » ; « N'ayez pas peur » ou encore « Vous n'avez pas froid », sont toutes dotées d'une bonne intention et d'une réelle prise en compte des besoins du patient. Malheureusement, elles auront tendance à engendrer chez ce dernier de la peur, une inquiétude, voire un malaise, ce qui est le contraire de ce que souhaite le soignant. Pour éviter cela, la communication thérapeutique préconise de remplacer les phrases citées plus haut, par « Soyez tranquille », « Soyez rassuré » et « Avez-vous assez chaud ? ».

Progressivement, la communication thérapeutique a fait ses preuves dans le domaine médical, car la meilleure communication soignant-soigné a engendré un soutien qui a favorisé la confiance, mais aussi une remise en question de la part des soigneurs qui ont appris à maîtriser leur langage et leurs gestes, dans le but de rassurer le patient et de l'amener vers un mieux-être qui lui a permis d'accéder lui-même à ses propres ressources. Tout ceci est donc le premier pas communicationnel que le patient et le soignant ont entrepris pour entrer dans une prise en charge hypnotique.

L'hypnose et la communication thérapeutique peuvent donc être utilisées dans la prise en charge de patients dans le milieu hospitalier et elles ont chacune fait leur preuve dans ce domaine. Les HUG ont décidé de former 10% de leur personnel à la communication thérapeutique et l'hypnose clinique est aussi une formation proposée par cette institution. Comme mentionné précédemment, l'utilisation de l'hypnose a été introduite chez les soignants, entre autres, par des anesthésistes et des médecins thérapeutes, avant que son utilisation ne se propage jusqu'en radiologie, pratique qui sera développée dans la suite de ce travail.

2. Hypnose et communication thérapeutique en radiologie

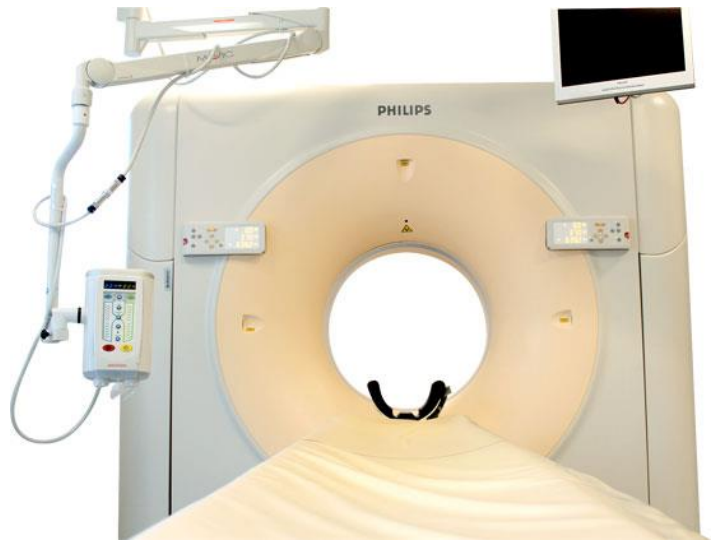
2.1. Caractéristiques de la radiologie

L'imagerie médicale est un grand domaine, ainsi qu'un élément important dans la prise en charge diagnostique des patients, car elle permet aux médecins d'obtenir de nombreuses informations détaillées. Les caractéristiques des examens sont spécifiques et peuvent susciter des inquiétudes, différentes selon les modalités, de la part des patients. Par exemple, les machines de hautes technologies, utilisées dans les diverses modalités, sont souvent une importante source d'anxiété, comme en tomodensitométrie (TDM), en imagerie par résonance magnétique (IRM), en radio oncologie (RO) ou encore en tomographie par émission (TEMP/TEP) pour médecine nucléaire (MN)². Nous avons donc décidé de décrire les machines des différentes modalités, afin d'apporter l'aspect visuel de leur architecture et les éléments spécifiques de la prise en charge qui engendrent une angoisse, un stress ou une claustrophobie chez le patient.

² Afin d'alléger le texte, les abréviations des modalités radiologiques seront utilisées pour la suite de l'écriture

2.1.1. TDM

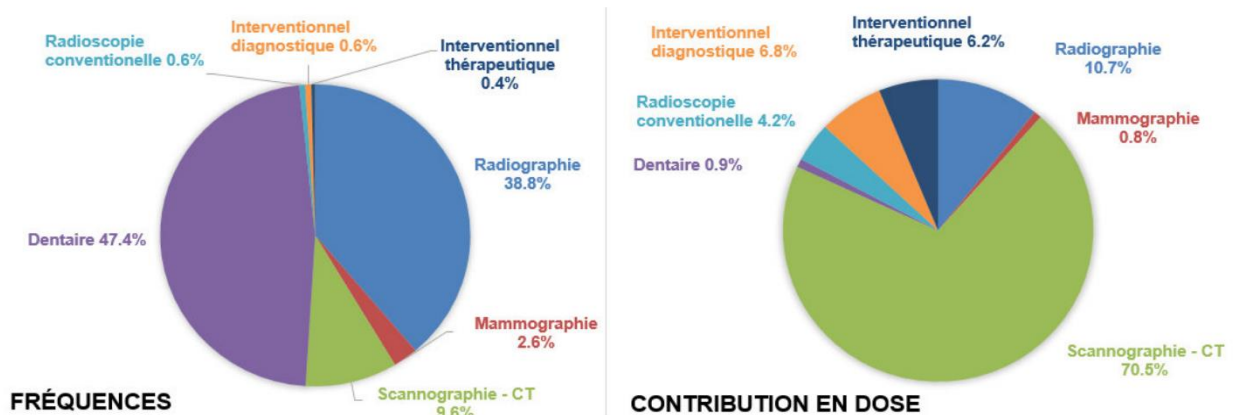
La TDM a été en 1895 la plus grande révolution depuis les Rayons X, en permettant l'analyse des tissus mous et l'exploration de l'anatomie en coupes successives. De ce fait, d'après le cours de F. Zoni, la TDM a pris une part importante dans le diagnostic des maladies et est donc largement utilisée en radiologie (Document non publié, [support de cours], 5 mars 2019). Les patients peuvent éprouver différentes peurs comme le diagnostic, l'injection du produit de contraste, la dose d'irradiation reçue par l'examen ou encore lors des procédures interventionnelles.



Tiré de : Centre d'Imagerie Médicale le France, s.d.

L'image « Résumé de la répartition des fréquences et des doses » ci-dessous, montre que la fréquence des examens de TDM est inférieure à celle des radiographies ou de la radiologie dentaire, mais que le pourcentage de contribution en dose est largement supérieur par rapport à ces deux techniques. De ce fait, la crainte de l'irradiation en TDM est un facteur de stress important pour les patients.

Résumé de la répartition des fréquences et des doses :



Tiré de : Exposition de la population suisse aux rayonnements ionisants en imagerie médicale en 2013, Rapport final, 2015

2.1.2. IRM

L'IRM est un appareil possédant en son intérieur un aimant cylindrique et est connu du grand public pour son bruit constant. Cette machine de haute technologie est physiquement très complexe, mais ce qui déclenche la plus grande angoisse, ainsi qu'un important sentiment de claustrophobie chez les patients, c'est sa structure. L'IRM étant un immense anneau, les patients entrent allongés sur la table, dans ce qui est communément



Tiré de : Association Suisse pour la Recherche sur l'Alzheimer [APRA], 2013

appelé le « tunnel », afin de réaliser l'examen. L'ouverture des tunnels pouvant être plus ou moins grande, l'effet angoissant n'en est pas moins atténué. On ajoute à cela une antenne, qui selon le protocole, change de forme et se positionne sur la partie du corps à examiner. La plus impressionnante est celle qui se pose au niveau de la tête, comme sur la photo ci-dessus, qui est semblable à un casque à grille.

D'après le cours de C. Gaignot, le confort du patient et sa sécurité sont les mots d'ordre permettant d'obtenir la bonne collaboration de ce dernier, ainsi que des images de bonne qualité. Plusieurs types de contentions sont également utilisés, tels que des coussins ou des couvertures, mais encore des bouchons pour les oreilles et un casque audio pour atténuer le bruit de la machine (Document non publié [Support de cours], 6 octobre 2016) . L'éclairage et la ventilation sont également des facteurs visuels et corporels qui sont prévus pour assurer un bien-être tout au long de l'examen. En plus de tout ce matériel, le patient a pour consigne de rester le plus immobile possible. En outre, il est en contact avec l'équipe TRM par le biais d'une sonnette et d'un micro. À tout moment le patient peut donc manifester ses craintes en appuyant sur une alarme. La durée de l'examen varie selon les protocoles, mais une moyenne de 30 à 45 minutes est généralement observée. Par conséquent, la longueur des examens, l'étroitesse du tunnel, le bruit constant de l'appareil, la pression du diagnostic et le positionnement qui requiert l'immobilité sont tous des facteurs pouvant engendrer de la peur ou de la tension chez les patients, pour qui cet environnement est inconnu.

2.1.3. MN

La MN, selon le cours de J.-P. Papazyran, est une modalité qui utilise la radioactivité à des fins diagnostiques et thérapeutiques (Document non publié [Support de cours], 10 octobre 2016). Le principe est d'administrer, par voie veineuse, orale ou par inhalation, un radiopharmaceutique qui va permettre de mettre en lumière l'organe que l'on veut étudier afin de donner des informations sur son activité métabolique. La radioactivité injectée est contrôlée par le laborantin ou le TRM qui doivent posséder un diplôme d'expert en radioprotection. Après l'administration du produit et parfois un temps d'attente, le patient est installé sur la table d'examen pour la prise d'images.

Les deux machines principalement utilisées sont la tomographie par émission monophotonique (TEMP) et la tomographie par émission de positons (TEP), toutes deux couplées à un scanner (CT). Ces structures comportent de nombreuses différences, telles que :

- TEMP CT : Les images vont s'obtenir en rapprochant au maximum du patient les deux gammas caméras (plateformes carrées représentées sur la photo suivante). Cette forte proximité est nécessaire pour une détection optimale du produit dans le corps du patient.



Tiré de : Imaging Technology News [ITN], 2012

- TEP CT : Cet appareil se présente sous la forme d'un scanner. Il ne possède pas de panneaux devant se rapprocher du patient, mais l'orifice d'entrée des TEP CT est plus petit que celui du scanner, afin de rapprocher au plus près des patients, les détecteurs de radioactivité.



Tiré de : Medical Product Outsourcing [MPO], 2018

Par conséquent, les examens en médecine nucléaire sont souvent longs et demandent une parfaite coopération du patient. Le TRM doit s'assurer du confort de son patient à l'aide de diverses contentions, en raison de l'inconfort que peuvent provoquer les gammas caméras au plus près de la personne ou de l'angoisse du tunnel du TEP CT. En outre, la médecine nucléaire étant une modalité de choix dans le suivi des cancers, la douleur, le stress et l'angoisse dus à ces maladies sont une partie non négligeable de l'état d'esprit des patients venant effectuer cet examen.

2.1.4. RO

La RO fait partie du domaine de la thérapie et non du diagnostic. En effet, d'après le cours de M.Barada, il s'agit d'irradier les cellules cancéreuses de façon à stopper leurs capacités de reproduction et donc d'offrir un traitement curatif ou palliatif aux personnes malades. Différentes méthodes sont connues pour agir sur les cellules :

- Radiothérapie externe
- Radiothérapie métabolique
- Curiethérapie (Document non publié [Support de cours], 23 septembre 2016)

Nous allons surtout développer la radiothérapie externe, car elle fait appel aux accélérateurs linéaires (LINAC), machines gérées par le TRM. Pour son traitement, le patient va passer par différentes étapes :

- La simulation ou centrage, qui se fait sous scanner. Les images obtenues seront utilisées pour prendre des mesures, déterminer la position du patient pour la phase de traitement ainsi que fournir les informations aux physiciens et médecins oncologues, afin que ces derniers puissent avoir toutes les données concernant la structure à traiter (sa forme, sa position, ...).
- La phase de traitement, durant laquelle le patient sera positionné à l'identique qu'à la simulation et où le LINAC effectuera les rotations nécessaires à la bonne irradiation de la zone malade.



Tiré de : RadioTélévision Suisse [RTS], 2017

En plus de l'environnement oncologique et de l'histoire personnelle du patient, la taille des machines réalisant l'irradiation et l'exigence du positionnement demandé au centrage et lors du positionnement en salle de traitement créent rapidement des angoisses, ainsi que du stress pour les malades.

La radiologie a donc une place importante dans le milieu médical, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Il a, de plus, été démontré que les prestations des différents services de radiologie sont en constante évolution. En effet, selon les HUG (2019c) :

Les prestations du service de radiologie, notamment les examens médicalisés (échographie, CT-scanner, IRM, etc.) ont de nouveau augmenté sensiblement et l'ensemble a franchi pour la première fois la barre de 200'000 examens et gestes interventionnels. La partie ambulatoire a également augmenté et s'élève maintenant à 54% pour l'ensemble des prestations.

De ce fait, un nombre considérable de personnes passe chaque jour des examens radiologiques pouvant être douloureux, anxiogènes, voire inconfortables, en raison des machines imposantes, mais aussi de l'environnement dans lequel les patients arrivent et qui leur est inconnu. La prise en charge de ces derniers par les TRMs entre également en compte dans les facteurs anxiogènes, car les professionnels auront des demandes spécifiques en fonction des protocoles d'examens et ceux-ci ne sont pas toujours clairement expliqués ou compris par les patients. C'est pourquoi, un accompagnement répondant aux questions du patient, à ses angoisses ou à son stress peut être envisagé en radiologie.

2.2. Pertinence de l'hypnose en radiologie

Il existe beaucoup d'idées reçues sur la radiologie et les TRMs sont souvent confrontés aux appréhensions et tensions des patients avant un examen radiologique. Comme l'a dit Charles Knuchel en entretien : d'autres services hospitaliers disent souvent que la radiologie fait mal à tous les patients. Toutefois, la douleur n'est pas le seul problème en radiologie, car « les personnes anxieuses, angoissées ou stressées représentent une partie non négligeable de patients effectuant un examen radiologique. » (Gugliemone & Goy, 2012, p.7). Par conséquent, l'hypnose peut s'avérer un outil majeur en radiologie, le langage suggéré intervenant pour diminuer les éléments négatifs péjorant le bon déroulement de l'examen, comme le dit le Dr. Foster : « Il y a deux grandes pistes, où l'hypnose est reconnue et enseignée : la douleur et la peur. » (AMGe, 2007). L'hypnose aurait donc son rôle dans la prise en charge des patients en radiologie, en particulier l'hypnose Ericksonienne et la nouvelle hypnose.

D'après le PHH, les indications à la pratique de l'hypnose clinique en radiologie, en lien avec les soins spécifiques sont les « gestes invasifs » en radiologie interventionnelle et « la confection de masque de radiothérapie » (HUG, 2018b). Par conséquent, l'hypnose se pratique le plus souvent, lors de séances organisées préalablement aux examens radiologiques ou avant le commencement des acquisitions. Pendant cette période, le but est que le patient adhère à une idée, à un projet, au travers de l'amplification et de la modification de ses émotions pour qu'elles l'aident dans la réalisation de cette idée (Bacci Bonotti, 2013). Tout ceci permet donc de modifier un comportement auparavant anxieux, stressé à cause de l'examen radiologique à venir. Le thérapeute doit stimuler et encourager ce changement de perception. Une intervention rapide, focalisée et efficace est recherchée. En effet, le patient n'a, semble-t-il, pas le temps de penser à des événements passés, perçus comme négatifs, si le temps de thérapie est court. Il est également nécessaire que le patient soit motivé à utiliser cet outil, pour qu'il soit proactif dans sa thérapie.

2.3. Prise en charge du patient

Selon le « Guide Calgary-Cambridge de l’entrevue médicale - les processus de communication » (Bourdy, Millette, Richard, & Lussier, 2004), le professionnel soignant suit une certaine ligne de conduite quant à la prise en charge optimale du patient. Ce guide canadien possède un cadre large : il prend en compte les professions du domaine médical. C’est pourquoi une adaptation à la pratique du TRM était nécessaire. Cette dernière a été effectuée en 2015, sur les lieux de stage, pour affiner et préciser la prise en charge du point de vue du TRM, dans le but d’être en adhésion avec le terrain. Étant le dernier professionnel de la santé à recevoir le patient avant un examen radiologique, il est d’autant plus important que le TRM soit très attentif à ce qui s’est dit et déroulé en amont, afin d’effectuer l’examen dans les meilleures conditions. Les étapes ci-dessous indiquent, selon le Guide Calgary version TRM (2015), ce que le TRM doit réaliser :

1. « Débuter la prise en charge : prendre connaissance de la prescription médicale et préparer la salle ». Ce point va permettre d’anticiper la prise en charge en prenant connaissance de l’historique du patient (ses anciens examens par exemple) et de la demande du jour. Cette action donne la possibilité au TRM de s’organiser pour créer rapidement un environnement bienveillant et sécurisé.
2. « Accueillir le patient : valider les informations protocolées et expliquer la procédure ». Cette phase est le moment clé de l’interaction et de la communication, car le TRM doit effectuer les présentations d’usage et de sécurité, comme vérifier l’identité du patient. Dans le même temps, le professionnel doit adapter son langage et sa posture, afin de valider les informations données par le patient, dans le but de comprendre ses attentes, ses angoisses ou ses questions. Cette mise à niveau effectuée par le soignant va permettre un échange mutuel, une bonne explication du déroulement de l’examen, ainsi qu’une meilleure compréhension de la part du patient.
3. « Débuter l’examen : fournir les consignes pertinentes à l’examen, installer le patient et planifier : une prise de décision partagée ». Cette étape peut se résumer en un mot : coopération. Il s’agit d’évaluer les connaissances du patient concernant l’examen, tout en lui expliquant ce qui est important pour le TRM, afin qu’il réalise des images interprétables pour le radiologue.
4. « Réaliser l’examen : lancer l’acquisition, aboutir à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient ». À n’importe quel moment, le patient peut réagir et le TRM doit, une nouvelle fois, s’adapter. Il est très important de réexpliquer

la procédure, puis de vérifier que le patient ait bien compris les instructions. Le TRM peut également fournir des informations, d'ordre temporel pour encourager le patient. C'est une phase où le praticien doit motiver le patient, tout en respectant ce qui a été décidé au préalable, afin d'harmoniser l'échange.

5. « Terminer l'examen. ». Il est très important de veiller à ce que le patient termine correctement l'examen, en le lui signifiant, afin que la communication ne se rompe pas, dès la fin de l'acquisition. De ce fait, le TRM peut profiter du « feedback » du patient pour améliorer ou réajuster sa prise en charge.

Nous remarquons que la relation soignant-soigné est prépondérante dans ce guide, puisqu'elle va du confort lors de l'installation sur la table d'examen, jusqu'à l'écoute des craintes du patient. Dans ce rôle spécifique de communicateur, le TRM doit rapidement faciliter le lien de confiance et s'adapter au patient, afin d'assurer l'examen tout en respectant l'agenda horaire de la journée. Ceci est essentiel, car le fait d'avoir une plage horaire définie, implique que le TRM doit être clair et efficace dans la prise en charge tout en appliquant les différentes étapes du guide. Nous comprenons donc l'importance qui est apportée à ce lien très rapide, mais fondamental entre le TRM et son patient. Selon la Stratégie de santé mentale (s.d.) :

Des recherches révèlent que lorsque nous communiquons des sentiments et des attitudes, seul un faible pourcentage du message dans son ensemble est communiqué par les mots que nous utilisons.

- Notre message est transmis dans une proportion de 55 % par notre langage corporel (plus particulièrement par les mouvements des petits muscles entourant les yeux, qui communiquent l'étonnement, l'incrédulité, le doute ou le dégoût).
- Le message est transmis dans une proportion de 38 % par le ton de notre voix.
- Seulement 7 % de notre message est transmis par les mots que nous utilisons. (p.1)

Afin que ce lien soit concret, nous pouvons décrire deux types de communications déjà connus :

1. Le langage verbal, étant la parole directe, correspondant à moins de 10% perçu par l'autre individu.
2. Le langage non verbal décrit par : « ton de la voix, débit et volume de la voix, articulation des mots, rythme, intonation et accent mis sur les mots, expression du visage, intensité du contact visuel établi, gestuelle et toucher, langage corporel et position. » (Stratégie de santé mentale, s.d., p.1).

Ceci va permettre la cohérence du discours et la crédibilisation de l'échange entre les deux interlocuteurs. Cette base de la communication n'est autre que les prémices de la communication thérapeutique.

3. La formation à l'hypnose

Dans ce chapitre, il était important pour nous de distinguer la formation à l'hypnose en Suisse de celle proposée par les HUG. En effet, les HUG ont choisi d'utiliser les outils de l'hypnose, en les adaptant aux milieux médicaux et cette formation semble différente de ce qui est proposé au niveau Suisse. C'est pourquoi nous voulions savoir comment les HUG s'étaient approprié la formation à l'hypnose et à la communication thérapeutique et quelles étaient les différences avec le cursus d'hypnothérapeute en Suisse.

3.1. La formation à l'hypnose en Suisse

C'est après l'obtention d'un « diplôme ou d'un certificat de l'institution de formation » (orientation.ch, 2018) que l'on devient hypnothérapeute, avec la possibilité d'une reconnaissance de la Fondation Suisse pour les médecines complémentaires (ASCA) . C'est une formation continue s'adressant à tout public, que vous soyez thérapeute exerçant dans une branche médicale ou juste pour votre développement personnel.

Pour l'ASCA (Fondation Suisse pour les médecines complémentaires [ASCA], 2019), l'hypnothérapeute doit justifier de 150 heures pour le Cycle 1 et de 200 heures pour le Cycle 2. Le cycle est défini par les Conditions Générales d'Agrégations des Thérapeutes (CGATH) du 25 mai 2016 (ASCA ; F4_F_CGATH) :

- « Art. 15 Le premier cycle est consacré principalement à l'étude théorique de l'anatomie générale, la physiologie et la biologie humaine ainsi que les pathologies principales. Ce cycle doit être validé par un examen et attesté par un diplôme ou certificat. Ce cycle doit comporter pour tous les thérapeutes au minimum le nombre d'heures de formation fixé par la Liste des disciplines thérapeutiques. Quelle que soit la discipline thérapeutique choisie, le suivi des cours du premier cycle est obligatoire. Le règlement d'accréditation des écoles définit les modalités de cet enseignement. Sont exemptés de ce cycle les médecins et les professionnels de la santé selon la liste ASCA des professions donnant droit à une dispense. »
- « Art. 16 Le deuxième cycle doit être consacré à l'étude pratique et/ou théorique de chaque méthode thérapeutique. Ce cycle doit être validé par un examen et attesté par un

diplôme ou certificat. Cet enseignement peut être suivi soit dans l'école où s'est déroulé l'enseignement du premier cycle soit dans une autre école, en principe, accréditée par ASCA. Si l'école n'est pas accréditée, le délégué de la CMT statue sur la demande présentée. Le nombre d'heures de formation dépend de la méthode apprise, mais ce cycle doit comporter au minimum le nombre d'heures de formation fixé par la Liste des disciplines thérapeutiques. »

Le Cycle 1 permet donc l'obtention d'un certificat de Médecine Académique, Anatomie-Physiologie-Pathologie, qui se trouve être la base à toute formation continue en médecine complémentaire et obligatoire afin d'accéder au Cycle 2. Le Cycle 2 permet de pousser les connaissances en direction de la catégorie de la médecine alternative et se valide par un certain nombre d'heures exigées par les CGATH.

3.2. La formation à l'hypnose aux HUG

Dans son programme Hypnose HUG (PHH), l'hôpital souhaite « offrir aux patients un nouveau soin relationnel utilisant l'hypnose clinique » (HUG, 2019a). De ce fait, le PHH inclut un programme de formation pour les collaborateurs médico-soignants des HUG qui se présente sur deux niveaux. Le premier niveau est la communication thérapeutique et « vise à réapprendre l'utilisation des mots, pour que ceux-ci soient bien choisis, que les mots blessants ne soient plus utilisés et que la communication active les ressources de chaque patient de manière positive. » (HUG, 2019a). Cette formation est ouverte à tous les soignants et médecins des HUG qui souhaitent y participer. Le second niveau, qui concerne l'hypnose clinique hospitalière, est une formation plus poussée s'adressant « aux services souhaitant disposer de soignants formés à cet outil relationnel et l'intégrant dans leur pratique professionnelle » (HUG, 2019a). Ce programme fait partie du projet « Patients Partenaires » de la stratégie 20/20 et « a pour but de développer la culture institutionnelle du partenariat, à chaque étape de la prise en charge du patient. » (HUG, 2019a).

La formation en Suisse et celle dispensée par les HUG sont, par conséquent, très différentes. La formation en Suisse peut être suivie dans n'importe quel établissement ayant le droit de la proposer, avec une possible reconnaissance de l'ASCA, tandis que celle des HUG est réservée à l'institution. De plus, les personnes sortant d'une des formations suisses possèdent le titre d'hypnothérapeute et peuvent donc effectuer de l'hypnose thérapeutique, mais les HUG, comme indiqué dans leur programme, forment les soignants à l'hypnose clinique.

De ce fait, la formation des HUG est particulièrement adaptée au milieu hospitalier et aux diverses prises en charge que les patients peuvent rencontrer, au contraire de la formation Suisse qui se situe sur un axe davantage thérapeutique.

Méthodologie de recherche

Afin de valider nos questionnements et notre problématique, nous avons contacté Monsieur Charles Knuchel, en qualité d'expert, TRM responsable du secteur angio-US et investi au sein du Réseau douleurs aux HUG. Cet entretien nous a également permis d'obtenir des informations sur l'utilisation de l'hypnose en radiologie. De ce fait, nous avons pu réfléchir à quels intervenants nous désirions faire appel et quelles étaient les informations que nous souhaitions obtenir de leur part.

4. Recueil de données

4.1. Choix des intervenants

Afin d'effectuer notre analyse, nous avons décidé de recueillir des données, issues du terrain, auprès de TRMs travaillant aux HUG et pour qui la pratique de l'hypnose et de la communication thérapeutique fait partie intégrante de leur prise en charge. Ce critère de sélection était important, car nous avons remarqué, lors de nos recherches préliminaires, que l'utilisation de ces pratiques ne se faisait pas systématiquement dans toutes les modalités radiologiques que sont la radiologie conventionnelle (RDC), la tomodensitométrie (TDM), l'imagerie par résonance magnétique (IRM), la médecine nucléaire (MN) et la radio-oncologie (RO)³. En effet, l'hypnose et la communication thérapeutique se pratiquent dans des cas spécifiques, comme lors d'angoisses, de stress importants, de peurs ou encore de phobies. C'est pourquoi, nous avons mis l'accent sur la pratique du TRM dans l'utilisation de ces outils, en choisissant des techniciens qui les intégraient quotidiennement dans leur prise en charge. Nous avons également fait le choix de ne pas interroger uniquement des TRMs ayant effectué toutes leurs formations aux HUG, car la formation en trois niveaux étant nouvelle, nous voulions rencontrer des soignants ayant une certaine expérience de cette pratique.

³ Les abréviations RDC, TDM, IRM, MN et RO seront utilisées dans la suite du texte.

Nous avons donc contacté quatre TRMs de terrain pratiquant dans divers lieux et modalités, que nous appellerons TRM A, TRM B, TRM C et TRM D. TRM A qui travaille en RO, a suivi un CAS⁴, Art et Technique Hypnotique en 2014 et pratique l'hypnose depuis 3 ans. TRM B qui intervient en IRM et RX, a effectué en 2017 une formation sur la communication thérapeutique et l'hypnose formelle. Depuis lors, il pratique ces deux techniques. TRM C qui évolue en IRM et RX, a effectué des formations internes et externes en hypnose, ainsi qu'en communication thérapeutique. Il pratique l'hypnose depuis deux ans. Pour terminer, TRM D qui œuvre en MN, possède une formation suisse en hypnose qui a fait de lui un hypnothérapeute depuis 2014. TRM D n'utilise pas l'hypnose dans son travail de TRM, cependant, grâce à sa longue expérience professionnelle, les outils de la communication thérapeutique sont fortement ancrés dans sa pratique.

4.2. Choix de la méthode

Afin d'obtenir un maximum d'informations possible sur l'hypnose et la communication thérapeutique de la part de nos interlocuteurs, nous avons décidé d'appliquer des entretiens compréhensifs. L'entretien compréhensif est une méthode où selon Kaufmann J.-C. (1996) :

Il ne s'agit pas de « prélever » sur le terrain de quoi répondre à des questions standardisées, mais de construire la théorie dans le va-et-vient entre proximité et distance, accès à l'information et production d'hypothèses, observation et interprétation des faits (p.1).

Dans ce but, nous avons commencé tous nos entretiens avec une demande identique : « Pouvez - vous nous raconter une prise en charge de patient avec l'hypnose et la communication thérapeutique dans votre modalité. ». Le sujet étant encore récent dans le domaine de la radiologie, nous souhaitions obtenir une vision globale de la pratique chez le TRM interrogé, afin de savoir et de comprendre comment il utilisait les outils de la communication thérapeutique dans sa prise en charge, mais également comment il jugeait et amenait le thème et l'utilisation de l'hypnose aux patients. Nous avons donc pu extraire de notre premier entretien avec TRM A, des thèmes qui nous ont été utiles pour construire notre guide d'entretien avant nos futures entrevues avec les autres TRMs. C'est également avec des phrases et des reformulations des propos de nos interlocuteurs, que nous avons pu diriger les échanges pour obtenir le maximum de renseignements sur l'utilisation de l'hypnose et de la communication thérapeutique en radiologie.

⁴ Certificate Advanced Studies ou Certificat d'étude avancée

4.3. Conditions de production des données

Nous avons choisi de contacter des TRMs pour qui l'hypnose et/ou la communication thérapeutique étaient des outils ancrés dans leur pratique et qui les utilisaient de manière naturelle dans leur prise en charge. Nous avons donc contacté, individuellement, par courriel les quatre TRMs que nous souhaitions rencontrer, en leur expliquant la raison de notre demande, le sujet de notre travail de Bachelor et nous leur avons mis en pièce jointe la feuille d'informations pour les personnes participant au travail de Bachelor (TB), ainsi que le formulaire de consentement éclairé et libre (cf. annexes). Nous leur avons également transmis les dates possibles et la durée de notre entretien qui était évaluée entre 1 heure et 1 heure 30. De ce fait, tous les TRMs ont pu choisir une date qui leur convenait et se sont arrangés avec leurs collègues et hiérarchies pour dégager une plage sur leur planning, afin que l'on puisse profiter pleinement de notre entrevue. Grâce à cette organisation, nous avons pu être présentes toutes les trois à chaque entretien.

Concernant le déroulement des entretiens, chaque TRM avait réservé une salle sur place, afin d'occuper un espace silencieux et calme, adapté à nos besoins. Avant de commencer l'entretien, nous leur avons fait signer le formulaire de consentement éclairé et libre et leur avons demandé leur accord pour pouvoir enregistrer leurs propos sur deux téléphones, par mesure de sauvegarde. Ensuite, nous avons pu débiter toutes les rencontres par cette même phrase d'introduction : « Pouvez-vous nous raconter une prise en charge de patient avec l'hypnose et la communication thérapeutique dans votre modalité ? ». Nous avons ensuite retranscrit l'intégralité des entretiens en prêtant attention de noter les temps de discussion de chacun. Concernant l'analyse des données, nous avons utilisé un tableau à quatre colonnes qui possédait le contenu comme suit : la première colonne pour noter les temps, la deuxième pour les initiales de l'orateur, la troisième pour la transcription stricte de l'entretien et la quatrième pour l'analyse de ce qui a été évoqué. Ce procédé nous a permis d'isoler les éléments allégués en lien avec les thèmes que nous avons relevés à la suite du premier entretien, afin de mettre en évidence les modes d'utilisation de l'hypnose et de la communication thérapeutique en radiologie.

5. Analyses des données

5.1. Analyse descriptive

Afin de mener à bien notre analyse, nous avons dégagé des thèmes évoqués lors de l'entretien avec TRM A que nous avons pu retrouver chez les trois autres TRMs. En raison de l'éducation de la profession TRM, qui se trouve être très semblable d'une génération à l'autre, nous avons émis l'hypothèse que ces thèmes se retrouveraient chez nos interlocuteurs, grâce à une méthode de travail identique, comme l'illustre le Guide Calgary version TRM 2015 en annexe. C'est donc après la transcription intégrale des interviews, que nous avons pu réaliser une lecture croisée qui a permis l'émergence de cinq thèmes communs à chacun des professionnels rencontrés, qui seront définis comme suit : Informations aux patients, Diffusion de l'hypnose et de la communication thérapeutique en radiologie, Evaluation de l'état du patient par le TRM, Construction de l'identité professionnelle des TRMs et Indications à l'utilisation de l'hypnose et de la communication thérapeutique.

5.1.1. Informations aux patients

Pour qu'une prise en charge sous hypnose se déroule au mieux, il est important que les patients soient correctement informés sur le sujet. C'est pourquoi, ce thème permet de montrer ce qui doit être expliqué et comment cela doit-être réalisé, notamment avec les termes à employer ou la manière dont les informations sont transmises. Dans les guides de bonnes pratiques concernant le déroulement d'une prise en charge (Guide Calgary version TRM 2015), l'information au patient « est une phase importante du processus. ». Il n'est donc pas étonnant que nos interlocuteurs aient tous évoqué cet aspect. De plus, dans la mesure où cette étape est une activité essentiellement orale, les outils de la communication thérapeutique jouent un rôle majeur dans sa réalisation.

L'information est un point essentiel à la prise en charge et à l'accueil du patient pour les TRMs interrogés, elle permet de mettre tout le monde sur la même longueur d'onde, d'éliminer les aprioris ou de démystifier certains sujets, dont l'hypnose. De plus, des informations correctes sur les possibilités de prise en charge, permettent aux patients d'avoir le choix, afin qu'ils restent maîtres de la situation. Tout ceci fait donc partie intégrante de la communication thérapeutique, « y a une chose importante, c'est d'expliquer, qu'est-ce que vous faites au patient. (...), ça fait partie de la conversation thérapeutique. (...), c'est respectueux, (...) qu'il ait toujours le choix, toujours le choix, lui donner le choix. » (TRM D-00:26:22). Le choix des mots est également important et il faut prendre en compte le pouvoir des négations, car selon TRM C,

en les utilisant, le TRM risque de créer des suggestions indirectes qui produisent l'inverse de ce qui est souhaité : « Vis-à-vis d'un enfant « Attention tu risques de tomber », deux minutes plus tard, le gamin se casse la figure dans les escaliers, tu as presque créé ça, indirectement. Ça c'est des choses aujourd'hui, on a conscience. » (TRM C-00:17:03).

Nos interlocuteurs ont également remarqué que les explications et informations données aux patients sont nécessaires pour pouvoir pratiquer une hypnose. Beaucoup de patients pris en charge par les TRMs étaient souvent réfractaires à la pratique, en raison de ce que les patients avaient entendu et vu sur l'hypnose à la télévision ou lors de spectacles. TRM D raconte qu'il n'a pas pu pratiquer sur un patient, en raison de la peur de celui-ci face à la pratique et du manque d'information sur le sujet dans un domaine hospitalier. Malgré le fait que l'utilisation de cette pratique se soit dorénavant démocratisée dans l'institution, grâce au flyer du programme PHH, TRM A et TRM C utilisent le moins possible le mot hypnose lorsqu'ils la proposent aux patients, « Moi je ne parle pas forcément d'hypnose, parce que c'est un petit peu le mot qui peut bloquer » (TRM C-00:07:09). Par conséquent, un patient bien informé sur l'hypnose et la procédure d'examen acceptera plus facilement ce qui se passe et les émotions qui peuvent en découler, mais le TRM devra rester vigilant et demeurer dans son domaine de compétences, selon TRM C. Il faut informer le patient sur l'hypnose et la procédure d'examen, mais également sur le rôle du praticien, afin que ce dernier ne dépasse pas les limites de l'hypnose clinique, en tombant dans de l'hypnose thérapeutique. D'où l'importance pour le TRM et le patient de discuter et de fixer un objectif, « Moi aujourd'hui, on est dans un accompagnement par rapport à un examen IRM qui va durer 45 min. Ou d'un geste interventionnel. Si vous avez un souhait particulier de travailler sur ce qui vous embête de manière plus profonde, je peux vous conseiller des professionnels en ville ou autre. » (TRM C-00:16:77).

Pour donner toutes les informations nécessaires aux patients, mais aussi pour que le TRM obtienne ce dont il a besoin de ce dernier, l'écoute, la bienveillance et l'adaptation du TRM au patient sont des éléments non négligeables pour nos quatre interlocuteurs. Il faut poser des questions et expliquer la procédure de l'examen aux patients, dans le but de les rassurer, mais aussi adapter son langage à la personne, pour connaître son niveau de connaissances sur le sujet (l'hypnose ou l'examen). La bienveillance doit être présente au moment où le patient passe la porte et l'utilisation d'outils tels qu'une voix lente et basse, un regard dans les yeux du patient permettent de repérer leurs réactions possibles, leurs sentiments du moment et de savoir comment le TRM devra adapter sa prise en charge. Cela entraînera une meilleure

communication entre les partis, « mais quand même, dans un hôpital le patient c'est le clocher du village entre guillemets et il faut que tu en prennes soin. » (TRM D-00:47:47).

Aujourd'hui, une prise en charge avec hypnose est plutôt médecin dépendante, selon TRM A et C. Il faut savoir qu'en RO deux chronologies peuvent être proposées aux patients lors de la première consultation avec le médecin et l'infirmière. La première suggérée est une séance avec Virtual⁵, avant même la simulation⁶ et, à la fin de ce rendez-vous, l'hypnose sera proposée au patient. La deuxième, si l'infirmière et le médecin trouvent qu'une prise en charge hypnotique doit être effectuée, ils décident de contacter TRM A pour que, lors du centrage, ce dernier prenne en charge le patient dans cette optique. Notre interlocuteur a remarqué que les patients, lors de leur première consultation, ne retenaient que 50% de ce qui leur avait été dit. C'est pour cela, que lors du centrage, TRM A va redonner une explication au patient, avec l'utilisation du langage adapté, « bon bah voilà, vous vous installez, est-ce que vous avez assez chaud ? », puis, il poursuit avec « de toute manière c'est vous qui guidez l'examen, donc c'est votre ressenti, c'est pas moi, je ne suis pas à votre place, donc vous me dites si vous avez des besoins particuliers, bah on est là pour y répondre. » (TRM A-00:05:16)

Pour TRM D, il est nécessaire qu'une telle prise en charge se déroule avec un protocole précis, afin que les informations soient données correctement, mais aussi pour permettre au TRM de savoir exactement pourquoi le patient doit avoir une prise en charge hypnotique : « faut tout un protocole, (...), ça veut dire que le patient vient au moins une demie heure avant, même trois quarts d'heure avant, déjà pour être accueilli et pour qu'on lui explique, ensuite il y a un entretien, enfin j'estime qu'il y a un entretien qui doit être mis en place, parce que, ça peut, il vient pour l'hypnose parce qu'il dit « je suis claustrophobe » (...) et finalement c'est autre chose. » (TRM D-00:54:48). Les points relevés par TRM D ont pu être mis en place par TRM C dans sa pratique en IRM. En effet, la démarche actuelle est la suivante : les secrétaires ou des médecins prennent contact avec TRM C pour lui signifier qu'un patient serait candidat à l'hypnose. Après cela, TRM C prend la décision d'appeler personnellement le patient, pour vérifier s'il a lui-même souhaité l'hypnose ou non, s'il a eu des échecs d'examens IRM et pourquoi. En outre TRM C demande au patient s'il a des interrogations quant à la prise en charge future, afin que, lors de leur rencontre, ce dernier possède toutes les informations nécessaires. Puis, TRM C fixe le premier entretien avec le patient, 30 minutes avant son heure d'examen et demande au secrétariat l'ajout de cette plage horaire sur son planning, afin que

⁵ Virtual est un simulateur 3D de traitements de radiothérapie

⁶ La simulation ou centrage est la première étape du traitement en radiothérapie, elle consiste à mettre en place le plan de traitement des patients

les collègues soient avertis. L'information doit être donnée aux patients, mais elle doit aussi circuler à l'intérieur du service. Les TRMs ont remarqué que, dans une grande institution, il n'était pas toujours possible d'obtenir un calme absolu et qu'une certaine méconnaissance des pratiques des uns et des autres existait. Pour pallier cela, TRM C se rend disponible pour ses collègues lorsque ceux-ci demandent des explications sur sa pratique de l'hypnose, mais il a aussi décidé d'inclure les bruits, les sonorités extérieures et les repères visuels à ses prises en charge. Cette manière de faire, permet aux patients d'être préparés aux possibles nuisances externes, afin d'éviter qu'ils aient une influence sur l'hypnose et la bulle créée autour d'eux.

L'information permet donc de mettre tous les intervenants au même niveau et c'est grâce à l'utilisation de la communication thérapeutique qu'elle peut être correctement dispensée. Par conséquent, pour nos interlocuteurs, il faut informer les patients correctement pour pouvoir pratiquer une hypnose permettant, que l'examen se déroule dans de bonnes conditions et que la bienveillance reste. Le TRM doit fixer un objectif avec le patient pour que celui-ci connaisse les limites de la prise en charge et que le soignant reste dans son domaine de compétence. Avec la communication thérapeutique, l'utilisation des négations est à éviter, ce qui permet au patient de demeurer, avant tout, disponible et réceptif.

5.1.2. Diffusion de l'hypnose et de la communication thérapeutique en radiologie

La question de l'avancée de l'hypnose et de la communication thérapeutique en radiologie a également été systématiquement abordée dans nos entretiens, ce qui a permis de témoigner de l'évolution de la pratique des TRMs. Des exemples concrets nous ont aussi permis de prendre la mesure de ce qui a été mis en place pour insérer ces pratiques en radiologie aux HUG, ainsi que leur incidence sur la propre routine des TRMs.

En effet, il y a deux ans que le projet hypnose a démarré aux HUG et, avant cela, il n'existait que peu de possibilité de se former. Mais, en 2014, TRM A, qui n'était pas le seul à s'intéresser à cette pratique, a pu effectuer un CAS, sur deux ans, en « Art et Technique Hypnotique » en Valais soutenu par l'institution. Dans cette même année, TRM D qui souhaitait améliorer sa prise en charge, ainsi que sa gestion du stress, a également suivi un cours externe optionnel sur l'hypnose et a poussé la formation jusqu'à devenir hypnothérapeute. De son côté, TRM B a aussi suivi des formations externes qui lui ont permis, en premier lieu, d'obtenir des clés de la communication thérapeutique et, en second lieu, d'entreprendre une formation en hypnose formelle. Pour continuer, TRM C a suivi des formations internes et externes en hypnose et communication thérapeutique. De ce fait, il a été, avec TRM A, dans les premiers

à pratiquer, au sein du service de radiologie. TRM C a ainsi pu constater que le projet hypnose proposé par les HUG, et chapeauté par des médecins, n'était pas adapté à la radiologie. Il a donc été amené à créer sa propre démarche de prise en charge accompagnée de l'hypnose, en étant supervisé par des médecins plus expérimentés, dans le but, d'augmenter la communication interprofessionnelle et de s'assurer des bonnes pratiques.

Avec leurs nouvelles connaissances et envies de pratiquer, nos interlocuteurs ont chacun mis en place, sur leur lieu de travail, les outils qu'ils avaient reçus durant leurs formations. Si la communication thérapeutique semblait parfaitement se fondre à la pratique du TRM, l'utilisation de l'hypnose était plus compliquée. En effet, TRM D souhaitait, après sa certification d'hypnothérapeute, intégrer l'hypnose en médecine nucléaire, dans le but de calmer les patients angoissés ou stressés. Mais cela s'est avéré compliqué, car la radioprotection en médecine nucléaire est très stricte. Les examens de médecine nucléaire utilisent des radiopharmaceutiques, médicaments liés à des isotopes radioactifs, et l'hypnose nécessite une certaine proximité avec le patient, ce qui n'est pas compatible, car le TRM pratiquant se fait irradier par le patient et avec le temps, il dépasserait les doses autorisées. Malgré cela, TRM D n'a pas abandonné ce qu'il avait appris, puisqu'il utilise naturellement et spontanément la communication thérapeutique au quotidien: « là je le fais tout le temps, même là, je ne me rends peut-être pas compte, là quand on discute ensemble je l'utilise mais je ne me rends même plus compte en fait » (TRM D-00:05:46).

Les bienfaits de la communication thérapeutique et de l'hypnose ont continué à se faire connaître dans le monde médical et lorsque les HUG ont démarré leur programme de communication thérapeutique et d'hypnose clinique, les TRMs connaissant ces pratiques ont pu motiver leur service respectif à prendre part à ce projet. C'est ainsi que le centre de radio-oncologie est devenu « un centre pilote pour l'hypnose » (TRM A-00:11:48), dans lequel tous les TRMs sont formés au premier niveau du programme, soit, à la communication thérapeutique. En IRM également, TRM C a poursuivi sa démarche et, durant ces deux dernières années, il a accompagné 40 patients, dont 15 en hypnose formelle. Durant ces accompagnements, il a pu perfectionner sa prise en charge et a constaté que l'utilisation de l'hypnose doit se faire de manière transversale, en prenant en compte les collègues sur les machines, mais également la hiérarchie, comme les radiologues, « je ne fais pas de l'hypnose tout seul comme je veux, c'est important d'inclure l'entourage, d'expliquer » (TRM C-00:43:50).

C'est donc dans ce but, que notre interlocuteur souhaite optimiser l'organisation du service, afin que la demande en hypnose, qui peut être énergivore⁷ pour le praticien, ne devienne pas lourde, tant dans la pratique du TRM, que pour les journées de travail de l'équipe.

L'utilisation de ces pratiques, et plus particulièrement la communication thérapeutique, ne se cantonne pas uniquement à la prise en charge des patients. En effet, les TRMs que nous avons consultés ont constaté que cet outil se diffuse également sur les collègues. Lorsque TRM B et TRM C ont intégré la communication thérapeutique à leur pratique, leur nouvelle manière de parler a intrigué bon nombre de TRMs. Ceci a engendré des discussions au sein des équipes et des remises en question quant à la prise en charge de chacun qui restait jusqu'ici immuable, « tout le monde a modifié sa façon de travailler en salle. J'ai changé la mienne et ça a changé celle de tout le monde. Presque tout le monde se présente » (TRM B-00:27:33). Pour chacun des TRMs interrogés, la communication thérapeutique est une bonne pratique à mettre en place, que ce soit avec le patient, mais aussi avec les collègues. Cet outil permet aux soignants d'aller dans un sens commun et TRM A a pu constater que les soignants qui l'utilisent, étaient persuadés du bénéfice retiré lors de la mise en lien avec le patient, mais aussi que cette application était logique d'utilisation et « que cette approche, c'est quelque chose qui permet de répondre (...) à une qualité de prise en charge du patient » (TRM A-00:44:21). Pour TRM D, la communication thérapeutique aurait également des bénéfices plus profonds, car elle permettrait aux TRMs de réapprendre à aller vers l'autre, grâce à cette nouvelle manière de prendre en charge les patients. De ce fait, elle pourrait être étendue à tous les corps de métier au sein de la radiologie, dans le but d'obtenir une prise en charge généralisée du patient : « après ce qui peut mis en place en tout cas, (...) depuis la secrétaire, l'accueil de la secrétaire, jusqu'à ce que l'examen soit terminé, il y a déjà la conversation thérapeutique qui est mise en place. » (TRM D-00:44:55)

Par conséquent, l'utilisation de l'hypnose et de la communication thérapeutique ont un bel avenir en radiologie. Mais, selon nos interlocuteurs, il est important de les pratiquer pour acquérir de l'expérience, afin d'en connaître les limites : « ce n'est pas ne pas laisser la thérapie prendre le dessus, mais c'est ne pas rentrer dans un domaine qui n'est pas le tien » (TRM C-00:12:49), « enfin ce qui est important, c'est que chacun de nous, quand on est formé, c'est de rester dans son domaine de compétences et de ne pas se...on n'est pas des apprentis sorciers » (TRM A-00:38:57). C'est avec ces garde-fous, que l'utilisation de l'hypnose et de la communication thérapeutique pourra trouver sa place et se diffuser en radiologie.

⁷ Qui prend de l'énergie

Dans dix à vingt ans, TRM A imagine que la communication thérapeutique sera utilisée et intégrée par tous les soignants des HUG et que l'hypnose deviendra une prestation complémentaire. De plus, TRM B pense que l'utilisation de ces outils pourrait également être intégrée à la formation théorique des TRMs, sous la forme d'un jeu à mettre en place lors des travaux pratiques.

Malgré le fait que la mise en place de l'hypnose dans certaines modalités radiologiques soit difficile, il existe des envies et des projets des TRMs, ainsi que de l'institution pour pouvoir intégrer cet outil à la radiologie. En outre, la communication thérapeutique semble dévoiler de réels bénéfices, non seulement pour la prise en charge du patient, mais aussi, concernant la communication au sein de l'équipe et entre les différentes familles professionnelles. Elle permet également d'amener une vision différente de la prise en charge des patients par les techniciens, ce qui pourrait entraîner une amélioration notable, ainsi qu'un renouvellement de la formation TRM et du métier, « il y a pas d'âge pour changer et pour faire mieux, évoluer. » (TRM B-01:11:24).

5.1.3. Evaluation de l'état du patient par le TRM

La relation TRM-patient est de courte durée, mais de celle-ci dépend la bonne réalisation de l'examen. Ce thème regroupe tout ce que le TRM met en œuvre rapidement, lors de l'accueil du patient, par le biais de l'observation, de son ressenti et de son comportement, afin de pouvoir prendre en charge ce dernier dans les meilleures conditions.

Tous les TRMs interrogés insistent sur les premières secondes d'observation, à savoir, l'instant où le TRM se dirige en salle d'attente pour aller chercher le patient. TRM B et TRM C nomment ce moment déterminant « la minute clé ». Dans cette minute clé et avant même de s'adresser au patient, TRM B, en arrivant en salle d'attente, commence par la désinfection des mains tout en étudiant l'état de son futur patient. Ensuite, TRM B se présente, sans cesser d'observer, la posture recroquevillée ou ouverte, le niveau de conscience, le regard et le langage du patient. Selon TRM B, cette étape permet de donner des indications sur l'attitude que le TRM doit adopter. Par exemple, une personne souriante, qui dit bonjour avec une poignée de main franche, facilitera la communication et indiquera au TRM qu'il a juste à être normal. Mais une personne recroquevillée, qui a du mal à tendre la main, qui a une démarche difficile, raide ou rapide, révèle que quelque chose la dérange et que le TRM devra mettre en place différentes stratégies pour savoir ce qui ne va pas.

TRM C ajoute que, lors de l'accueil des patients, le TRM ne le connaît pas et que c'est grâce à la communication verbale et non-verbale, ainsi que le « mapping » que le soignant réussira à créer une cartographie du monde du patient, identifiera la peur à l'instant présent et évaluera ce qui pourra être réalisé ensemble. Avant même de prendre la parole, nos interlocuteurs lisent le comportement du patient, afin d'adopter une attitude qui sera acceptée par ce dernier. Le fait que le TRM se présente correctement met en confiance le patient, tisse un premier lien et entame une coopération avec lui. De plus, si cette présentation est accompagnée d'un sourire et d'un ton de voix bas, la personne en face du TRM adoptera, elle aussi cette attitude ou du moins, elle sera plus détendue. TRM B a remarqué que, lorsqu'un lien avec une personne a été établi, cette dernière s'énervé moins contre le TRM et il sera également plus facile au professionnel de l'amener où on le souhaite. TRM A apporte un dernier élément, qui est celui de prendre le temps nécessaire pour se mettre d'égal à égal avec le patient. En effet, le patient doit être à la même hauteur que le soignant et il ne doit pas se sentir inférieur face au professionnel. L'échange verbal initial, ainsi que les suivants seront, si tout se déroule dans le respect du patient, le gage que le courant passe.

Pour TRM C, il existe un instant déterminant dans la salle d'attente, mais également concernant le discours transmis par le patient. Cet instant correspond au moment où le TRM va trouver la faille qui lui permettra de pouvoir atteindre le patient pour commencer le travail ensemble. Quand TRM C trouve cette ouverture, une phrase telle que « ici c'est ok, c'est ok de se poser une heure » (00:35:05) permet au patient de relâcher les tensions et l'examen peut commencer. Par conséquent, cette adaptation va permettre de créer un lien de confiance entre le soignant et le patient. À travers cela, le TRM sera plus à même de discerner et de questionner le patient sur ses angoisses, craintes et appréhensions. TRM B rappelle qu'on ne sait jamais de quoi a peur le patient et ce n'est pas forcément ce à quoi pense le TRM. En IRM, par exemple, lorsqu'un patient éprouve une réticence, on imagine aisément que la personne est claustrophobe, mais c'est souvent autre chose qui la préoccupe, notamment le diagnostic. C'est pourquoi, la première minute est déterminante et commence toujours par une observation bienveillante.

L'adaptation à l'état du patient et le lien de confiance qui en découle permettent au TRM d'inclure entièrement son patient dans la prise en charge. Cette étape est importante pour les TRMs consultés, car cela signifie une coopération entre le TRM et le patient qui aboutira à la décision d'un objectif commun, ainsi qu'à la bonne compréhension de l'examen. Chaque service de la radiologie possède une procédure spécifique pour prendre en charge les patients, ce qui peut amener à une confusion de leur part.

Comme TRM A l'explique, en RO, des colloques pluridisciplinaires, sans les patients, servent à définir s'ils sont candidats ou non à la radiothérapie. Après cela, la première consultation avec le patient a lieu, et c'est durant ce rendez-vous, qu'avec l'appréciation du médecin et de l'infirmière, l'hypnose pourra éventuellement être proposée au patient. C'est uniquement après cette consultation qu'aura lieu la simulation virtuelle et que TRM A entrera en contact avec le patient. En IRM, TRM C propose de voir, avant l'heure de l'examen, les patients qui semblent avoir une difficulté ou qui ont des phobies importantes. Lors de cet entretien de conditionnement, qui correspond à l'induction en hypnose, TRM C va approfondir les exercices et les suggestions, ainsi qu'à établir un lien de confiance. Ces deux prises en charge différentes permettent de montrer au patient que le TRM s'engage à accompagner la personne lors de son examen, « c'est vraiment dire à la personne que ça va être un accompagnement, moi je suis là pour l'accompagner et je l'accompagnerai jusqu'à sa sortie d'IRM et je serai là le jour J, pour qu'ils aient un fil conducteur, un référent. » (TRM C-01:11:03). De plus, le TRM va encourager la construction d'un projet avec le patient, afin d'avoir un objectif commun, qui peut être la réalisation de l'examen en IRM ou alors l'amélioration du confort du patient lors du port de masque en RO.

C'est pourquoi, tout repose sur la première observation, comme l'a dit TRM D « quand tu dis « bonjour » à quelqu'un, tu sais déjà à qui tu as affaire (...), s'il te répond bien ou pas et en fonction de ça tu vas t'adapter, (...), ton toi naturel il va être mis un peu de côté en fonction de la personne (...), donc tu vas un peu t'oublier entre guillemets, être de côté pour faire en sorte que ça se passe bien, et donc en fonction des gens plus ou moins agressifs tu vas, si tu veux que ça se passe bien, si tu lui rentres dedans, ça ne va pas fonctionner donc tu vas t'adapter en fonction de ça et en fonction des facettes que tu vas toi-même pouvoir développer » (00:13:24). Donc ce moment est déterminant pour que le TRM s'adapte et puisse créer un lien de confiance, afin que la coopération ne soit pas difficile et que la réalisation de l'examen s'effectue dans de bonnes conditions.

5.1.4. Construction de l'identité professionnelle des TRMs

L'identité du TRM est souvent méconnue du grand public, voire même des autres soignants. Ce sujet met en évidence les visions de TRMs expérimentés, par rapport à leur métier, mais également ce qu'ils ont pu obtenir comme retour face à d'autres professions de la santé. De plus, il permet une représentation de l'identité passée du TRM, par rapport au présent et une projection future de ce que pourrait devenir ce métier.

À travers les entretiens, les TRMs ont mis en évidence le fait que la construction de cette identité débute dès les divers stages effectués durant les trois ans de formation du Bachelor Technique en Radiologie Médicale. L'expérience des seniors, les concepts appliqués sur les lieux de stage et les termes employés sont tous des éléments qui contribuent à nourrir les bonnes pratiques du jeune TRM qui les utilisera dans son quotidien professionnel.

Pourtant, la communication n'est pas innée, « on a été formatés dans le négatif, il y a un certain conformisme, on te dit ce que tu ne peux pas faire, mais pas forcément ce que tu as le droit de faire. » (TRM C-00:13:41) Pour mieux comprendre ce mode de communication, TRM A rappelle qu'il y a quelques décennies en arrière, la relation patient-soignant était paternaliste, ce qui veut dire que le patient s'en remettait à celui qui portait la blouse blanche. Aujourd'hui le patient devient acteur et partenaire, en raison de l'évolution des mentalités et de la mutation de la société, notamment avec l'arrivée d'internet et l'accès direct que les gens ont à une information souvent très vulgarisée. Il a donc fallu adapter le mode de communication du soignant, et l'hypnose, de même que la communication thérapeutique suivent ce schéma. TRM B a remarqué que les anciens techniciens avec de l'expérience arrivent à s'en sortir avec les mots dans une situation compliquée, mais les clés reçues de la communication thérapeutique fonctionnent aussi très bien avec les jeunes techniciens qui n'ont pas encore beaucoup d'années de pratique. C'est pourquoi, TRM B imagine que ces clés pourraient être enseignées aux étudiants TRM durant leur formation.

L'enjeu de cette forme différente de communication remanie les habitudes du TRM et apporte une nouvelle facette à la profession, celle du soignant. Malgré le fait que le mot « technicien à l'imagerie » restreint à la technicité, TRM D pense que, si on prenait davantage en compte le rôle soignant, les patients seraient plus rassurés et auraient moins d'appréhension à venir en radiologie. L'hypnose est un ajout ayant une dimension humaine au métier de base de technicien et pour TRM C, cette pratique est comme une hygiène de vie, car elle peut être utilisée au quotidien. TRM A souligne que dans le domaine de la RO, les TRMs ont apprécié la formation à la conversation thérapeutique, parce qu'en raison de la culture infirmière prédominante, face à l'identité TRM flottante, elle leur a permis d'adapter leur langage. En effet, ils ont trouvé que l'utilisation d'un vocabulaire propre et plus adapté à la profession pourrait être une opportunité d'approfondir la culture TRM. Ainsi selon TRM A la culture infirmière a influencé la manière d'éduquer les TRMs qui se sont imprégnés de ce que disaient les infirmiers aux patients pour communiquer. La vision de l'identité TRM méconnue a pu être également constatée par TRM D qui a participé à un congrès durant lequel une nouvelle loi sur les professionnels de la santé a été promulguée (cf. annexes).

Dans cette loi, les TRMs ont été relégués en raison du fait que ce n'est pas une profession pouvant s'exercer en indépendant, ce qui pour TRM D réduit les TRMs à n'être que des sous-traitants : « il y a une nouvelle loi qui est sortie et les TRMs étaient mis de côté, parce que la raison, on n'est pas une profession qui peut être indépendante. Ouais mais du coup ça veut dire quoi, on est des sous-traitants entre guillemets. » (TRM D-00:41:14).

TRM B et TRM C se rejoignent sur le fait qu'il faut s'interroger sur la façon de parler, afin de pouvoir rester dans la bienveillance et ne pas avoir peur d'être ridicule devant ses collègues en utilisant ces nouveaux outils. De plus, les TRMs doivent rester indulgents avec eux-mêmes, se remettre en question, mais aussi connaître leurs limites, « d'où l'intérêt de pratiquer, de pouvoir rebondir, de ne pas se précipiter et puis, le jour où effectivement tu n'es pas disposé, ne pas faire. Il faut s'autoriser et connaître ses limites, cela apprend la modestie et à être un peu humble. Soyez souple avec vous-même pour être souple avec les autres. » (TRM C-01:15:40). Cette vigilance recommandée par TRM D et TRM C permet de prendre du recul, en observant ses collègues et son travail, d'adopter une posture réflexive quant à sa propre pratique, ainsi qu'à la pertinence des choix effectués. TRM C a remarqué que, dans la mesure où la pratique de l'hypnose n'est pas encore reconnue de tous, des remarques peuvent survenir, notamment à cause d'une méconnaissance de la part de l'entourage. En effet, comme le TRM est souvent seul lorsqu'il réalise une séance d'hypnose, il est important que son action soit perçue et comprise par le service et les autres professions de la santé, afin que la méthode soit validée par l'ensemble des collègues. TRM C affirme qu'il « faut dire que tu crois en ce que tu fais et puis tu penses que c'est un bon accompagnement et que tu continues dans cette lignée-là, quelles que soient les critiques où les remarques, par contre si on te fait des remarques positives, parce que les gens ont envie de comprendre, ben là je me rends disponible et je donne de l'information » (00:46:43).

Nos interlocuteurs, nous ont donc montré que l'identité du TRM est toujours en train de se construire et que le recours à l'utilisation de l'hypnose et à la communication thérapeutique pourrait être un moyen de mettre en évidence l'aspect soignant de cette profession qui possède un titre la restreignant au côté technique. Comme TRM D nous l'a dit, cela ne tient qu'au TRM de changer la vision des autres intervenants sur sa profession : « une infirmière va avoir une image du technicien presse-bouton, à nous de transformer ça justement en montrant que, on sait prendre en charge, le retour des patients vers les infirmières, les unités justement, qu'est-ce qu'on a fait. » (TRM D-00:42:35). Ainsi, la formation des TRMs pourrait intégrer la communication thérapeutique, afin que les étudiants apprennent, dès le début, à l'utiliser correctement.

5.1.5. Indications à l'utilisation de l'hypnose et de la communication thérapeutique

Ce thème permet, dans un premier temps, de connaître les conditions de l'utilisation de l'hypnose et de la communication thérapeutique, ainsi que d'expliquer et justifier l'utilisation de ces outils. Dans un second temps, il amène à découvrir comment l'hypnose et la communication thérapeutique sont utilisées dans une prise en charge, si elles sont employées ensemble ou séparément et de quelles manières.

La communication thérapeutique et l'hypnose s'utilisent pour les angoisses, les douleurs, le stress, les phobies, la claustrophobie ou encore l'agoraphobie selon les quatre TRMs interrogés. Selon eux, l'hypnose commence toujours par une communication thérapeutique et les deux pratiques sont liées. Selon TRM D, l'une ne va pas sans l'autre. De plus, selon TRM B, la prise en charge des patients ne changerait pas entre l'hypnose et la communication thérapeutique, mais il a été observé par TRM B et TRM C, que seule la communication thérapeutique suffit dans la majorité des cas, puisque « dans 70 à 80 % des cas on s'en sort avec de la conversationnelle » (TRM C-00:32:28). L'utilisation de la communication thérapeutique crée un lien avec le patient grâce à ce langage spécifique qui engendre une communication « améliorée, optimisée, plutôt bienveillante, basée sur une écoute active, d'observation du verbal, non-verbal » (TRM C-00:03:16). De plus, cette pratique peut être utilisée lors de transferts ou lorsque l'examen nécessite une bonne collaboration du patient. Elle permet, selon TRM B, de repérer la source de peur, d'angoisse ou de stress et d'y répondre le mieux possible. Ainsi la communication thérapeutique donne la possibilité de récupérer le patient, lorsque celui-ci semble ne plus être avec le TRM, « je les couche, je leur mets le casque et là, leurs yeux partent sur le côté, ça part dans tous les sens, les yeux s'ouvrent, ils se ferment, je ne peux même pas dire ce qu'ils font exactement, mais je sais, ah là, ça va pas. « C'est bon vous êtes prêts, vous allez voir, tout va bien se passer. » Et boum je les récupère. Je ne les laisse pas partir et je ne les laisse pas rentrer dans le tunnel, si je vois qu'ils ne sont pas là. » (TRM B-00:14:39)

Quant à l'hypnose, elle emmènerait le patient vers un espace de sécurité et de confort. Pour TRM A, l'hypnose formelle ne peut pas être effectuée de manière rigoureuse, car chacun possède des moments durant la journée où une trans-hypnotique s'installe et de ce fait, la limite entre hypnose et réalité est très fluctuante. Pour TRM A et TRM B, l'état de transe est le fait d'être ailleurs, de ne pas être concentré sur ce qui se passe autour, mais en entendant tout.

L'hypnose permet donc de porter l'attention du patient sur autre chose, comme une activité favorite. Cependant le praticien doit croire en ce qu'il raconte, car sinon, le patient risque de décrocher, comme cela est arrivé à TRM B lors d'une prise en charge : « Parce que comme moi je n'y croyais pas, je ne savais pas de quoi je parlais, je n'ai pas mis la même intonation et elle (la patiente) ne m'a pas suivi. » (TRM B-00:31:57). On remarque donc que la transe utilisée de manière officielle permet l'exploitation de cette fluctuation de conscience qui dispense au patient une sensation de bien-être, ce qui pour TRM C, met en place des « méthodes d'induction, qui vont permettre de créer un état d'hypnose propice à des suggestions, en lien avec un objectif. » (00:04:09).

Par conséquent, comme nos interlocuteurs nous l'ont relaté, l'utilisation de l'hypnose peut se faire lors de trances négatives⁸ modérées dues à un environnement inconnu ou à des douleurs. Concernant les seuils de la douleur, TRM A a relevé le fait qu'elles peuvent engendrer une incapacité du patient à penser de manière critique, ce qui entraînerait l'échec de l'hypnose. Pour que la pratique fonctionne, il est important que les patients retrouvent « leur propre jugement critique, et puis à partir de là dès qu'ils ont leur jugement critique, c'est de faire progressivement une communication thérapeutique et de les amener progressivement vers du mieux-être par des techniques hypnotiques. » (TRM A-00:34:19). Donc l'hypnose ne sera pas utilisée pour supprimer la douleur, mais pour en modifier le seuil, dans le but de la diminuer pour le rendre supportable.

Malgré les indications relevées, les TRMs A, B, C et D, ont mentionné quelques contre-indications à la pratique de l'hypnose. En effet, en MN les radiations et la demi-vie des radiopharmaceutiques ne permettent pas l'utilisation de l'hypnose et en IRM, la pratique peut s'effectuer, mais avec certains ajustements. Les champs magnétiques des IRM et le bruit sont les principaux freins, car le TRM ne peut pas se soumettre à ces champs trop longtemps et le bruit ne lui permet pas de parler doucement et continuellement. Toutefois, TRM C apporte suffisamment de ressources à la personne pour qu'elle se sente autonome le plus longtemps possible et ensuite, il effectuera des relais si nécessaire, « après je fais des relais, si je sens que ça manque etc.... je vais re-rentre dans la salle et je vais valider des choses qu'on aura mises en place avec la personne, une espèce de contrat, tu revalides et tu repars pour 10 min. » (TRM C-00:27:41). Ceci indique que le TRM doit être présent pour le patient lors de ces accompagnements. Il est un guide ou un facilitateur dans la démarche, comme le disent les quatre TRMs. Le TRM doit travailler « pour le patient, avec le patient, et avec ses ressources,

⁸ État stressé et anormal dans lequel le patient se trouve

et on va utiliser les ressources du patient pour que lui-même puisse aller à l'endroit où il souhaite » (TRM C-00:32:18). Comme nous le rappelle, TRM B, il ne faut pas forcer une personne à effectuer une hypnose, si elle n'en a pas envie. La coopération du patient avec le TRM est donc indispensable à la réussite de ce travail qui, comme le précise TRM B, ne pourra être réalisé qu'à deux.

Les TRMs que nous avons questionnés ont également souligné le fait que l'hypnose clinique dispensée aux HUG est en lien avec un acte ponctuel qui n'a pas pour objectif de soigner des traumatismes anciens nécessitant une psychanalyse, comme c'est le cas avec l'hypnose thérapeutique. TRM C insiste également sur le fait que, pour trouver cette limite, il faut de l'expérience. Mais aussi, lorsque le TRM sent que l'examen ne pourra pas se réaliser, il doit oser proposer une alternative, telle que l'hypnose ou la communication thérapeutique, car ces deux outils peuvent permettre d'atteindre cet objectif commun aux deux protagonistes, à savoir, la réussite de l'examen. C'est également avec la pratique que les TRMs intègrent les nouveaux termes devant être employés pour la communication thérapeutique, qu'ils vont adapter en fonction des situations, pour ensuite les appliquer à leur quotidien, « changer tes termes, changer tes mots et après au bout d'un moment, tu as tes mots, tu as tes termes puis tu t'en rends plus compte en fait. Et tu les adaptes, quand tu auras des patients qui vont avoir, qui vont sortir de la route, alors tu vas un peu plus ou moins, après tu t'adaptes » (TRM D-00:22:28).

Il existe donc de nombreuses indications à l'hypnose, mais il semble que la communication thérapeutique suffise dans la majorité des cas. Cette communication est tout à fait indiquée pour une meilleure transmission entre les patients et les soignants, mais elle pourrait également bénéficier à tous les niveaux d'une institution, selon TRM D : « son équipe elle fonctionne bien avec les patients, (...), la hiérarchie doit aussi savoir s'exprimer, avec ses collaborateurs. C'est un peu comme l'effet domino. » (00:47:57). Et pour que tout cela fonctionne, les TRMs interrogés ont bien insisté sur le fait qu'il faut pouvoir pratiquer et oser, afin d'acquérir de l'expérience.

Les thèmes explorés nous ont permis de mieux comprendre le rapport entre la communication thérapeutique, l'hypnose et le travail du TRM. La diffusion de l'hypnose et de la communication thérapeutique en radiologie est manifestement liée à la construction de l'identité professionnelle des TRMs. Nous avons pu, grâce à nos interlocuteurs, mettre évidence ce que faisait le TRM pour évoluer dans son échange avec le patient, les outils qu'il utilisait dans la communication, mais aussi dans le non-verbal.

De plus, les bénéfices de ces pratiques semblent influencer la prise en charge des patients, la relation des TRMs entre eux, mais également avec les différents professionnels de la santé. Il a été spécifié par nos interlocuteurs que l'appropriation de cette communication devait se faire par la pratique et l'expérience. Finalement, le rôle du TRM, malgré son appellation, ne s'arrête, semble-t-il, pas seulement à la technique.

5.2. Analyse interprétative

5.2.1. Les multiples modalités de l'information aux patients

Les entretiens que nous avons effectués ont permis de relever plusieurs éléments, dont celui de l'information aux patients. Dans la prise en charge d'un patient par les TRMs, le partage de l'information par le soignant est un moment important de la relation, comme le montre le deuxième point du Guide Calgary, version TRM 2015, car il permet de mettre tous les intervenants sur le même niveau de connaissances et de valider les informations que le patient aurait déjà en sa possession. L'information est également, d'un point de vue légal, un droit pour le patient, qui doit être informé de manière claire et appropriée quant aux procédures, aux risques ou à son état de santé (Art. 45 de la Loi genevoise sur la santé du 7 avril 2006, LS/GE ; RSG K1 03). Par conséquent, l'information doit être transmise de manière adéquate au patient, non seulement en raison de la législation, mais aussi, comme nous l'ont fait remarquer nos interlocuteurs, pour obtenir une meilleure coopération des patients qui, étant bien informés, sauront à quoi s'attendre.

C'est donc ici que la communication joue un rôle important, car l'utilisation des bons mots peut s'avérer très utile pour la transmission d'informations pertinentes et la mise en place d'une relation positive. La communication thérapeutique va permettre ceci, car elle influence directement la manière de communiquer des TRMs et favorise la coopération (GRACE, 2018). Les négations et les inductions malheureuses seront enlevées du discours et les termes, tels que « tunnel », « piquer », ou « mal » seront remplacés. Les TRMs interrogés ont pu constater que cette façon de communiquer engendre chez le patient une diminution du stress ou des angoisses, tout en amenant le patient dans un état positif vis-à-vis de l'examen. L'information permet également de rétablir un peu d'équilibre dans la relation, comme l'évoquent nos interviewés, car lorsque l'on transmet un savoir à quelqu'un, celui-ci est partagé et les incertitudes des patients sur ce que le soignant pourrait leur cacher concernant leur prise en charge se voient diminuées. Ces sentiments négatifs jouent un rôle d'autant plus important en radiologie, dans la mesure où la prise en charge est courte et que passablement d'événements surviennent

en quelques minutes, ce qui peut être très déstabilisant pour les patients. Par ailleurs, le but de la radiologie est d'apporter un diagnostic, par le biais de machines méconnues, tout comme le métier de TRM. Il est donc important, selon nos interlocuteurs, que le TRM informe le patient, pour que ce dernier connaisse les objectifs de l'examen, mais aussi son rôle et celui du professionnel. Tout ceci va permettre aux soignés et aux soignants de retirer le maximum de bénéfices de cette relation.

Selon nos interviewés, l'information liée à la communication thérapeutique doit être correctement dispensée pour que le patient reçoive le maximum de renseignements dans les meilleures conditions, d'autant plus si une prise en charge hypnotique est à effectuer. Nous avons constaté, durant notre travail, que l'hypnose s'est fait connaître du grand public principalement grâce à Mesmer et qu'elle est également fortement liée au monde du spectacle. De plus, l'hypnose possède un certain mystère quant à ses utilisations et aux effets que la personne peut ressentir. Ces dimensions de la pratique peuvent engendrer chez les patients une certaine crainte et donc une appréhension de leur part lorsque l'hypnose peut leur être proposée en milieu hospitalier, comme nous l'ont expliqué nos interlocuteurs. En outre, les TRMs l'utilisant préfèrent ne pas employer le mot hypnose, de peur de diminuer l'efficacité de la pratique ou d'angoisser davantage les patients. C'est donc ici que l'information est primordiale, car les TRMs vont devoir expliquer correctement aux patients ce qui va se passer, en démystifiant la vision de ces derniers concernant cette pratique. Par conséquent, l'utilisation des bons mots est nécessaire et le TRM doit également être bien informé sur le sujet, afin de pouvoir transmettre son savoir correctement. L'information est donc, une nouvelle fois, intimement liée à la communication thérapeutique et nos interlocuteurs affirment que des patients correctement informés seront plus coopérants.

À la suite des discussions avec nos interviewés, nous avons appris que si l'hypnose commence réellement à se mettre en place en RO et IRM, il est néanmoins difficile d'amener une telle prise en charge en radiologie sans un protocole précis. Selon les schémas théoriques d'une séance d'hypnose, plusieurs étapes sont à respecter : l'entretien d'induction, l'hypnose en elle-même et la clôture (Gueguen et al., 2015). Bien évidemment, la prise en charge peut évoluer selon les professionnels, cependant, ici, l'hypnose s'ajoute à une prise en charge radiologique qui s'inscrit dans un flux de travail. Dans le but de mener à bien cette nouvelle pratique, les TRMs interviewés des deux modalités ont dû adapter la prise en charge hypnotique à la radiologie. En RO, elle dépend principalement du médecin et intervient lors de la simulation ou avant cette dernière, lors de la simulation virtuelle 3D, Virtual. Tandis qu'en IRM, TRM C a choisi d'effectuer des entretiens pré-examens qui correspondent à l'induction, par téléphone

ou trente minutes avant, en présence du patient, afin d'aller plus en profondeur s'il le juge nécessaire. Par conséquent, il est à relever que les schémas théoriques ne peuvent pas s'appliquer parfaitement à la pratique radiologique, des adaptations étant nécessaires, d'autant plus que l'institution propose une hypnose clinique est non thérapeutique (HUG, 2019a). En effet, dans leur programme PHH, les HUG forment un certain nombre de soignants à l'hypnose clinique qui consiste à ce que le patient et le soignant déterminent un objectif ensemble, en lien avec la réalisation d'une action médicale, comme par exemple une diminution de l'anxiété ou des douleurs (HUG, 2019d). Ce processus hypnotique n'intervient que dans le cadre hospitalier et est un événement unique. Par ailleurs, cette séance n'a pas pour vocation de soigner des traumatismes enfouis ou des addictions comme pourrait le faire l'hypnose thérapeutique. C'est donc ici encore que l'information est primordiale. D'une part pour le service qui doit connaître la procédure, afin de fonctionner au mieux si une hypnose s'effectue, et d'autre part pour le patient qui doit comprendre l'objectif de l'hypnose dispensée à l'hôpital. En outre, comme le TRM pratiquant l'hypnose se retrouve souvent seul, afin de faciliter sa visibilité auprès de ses collègues, TRM C a mis en avant le fait que les TRMs du service ne pratiquant pas l'hypnose doivent avoir connaissance de la prise en charge que le TRM pratiquant effectue, afin de favoriser l'engagement de tous pour l'avancée de l'hypnose en radiologie. De plus, comme nous avons pu l'entendre durant nos discussions, l'information met tout le monde au même niveau. C'est pourquoi, il est nécessaire de favoriser la coopération et les connaissances du service pour que chacun sache ce qui est effectué dans la salle voisine, dans le but de favoriser une meilleure communication entre tous. Comme nous l'ont très bien expliqué les TRMs, et que nos recherches dans la littérature sur ce thème ont confirmé, l'hypnose clinique est principalement dévolue à la réussite d'un acte médical et elle ne recherche pas à soigner les traumatismes enfouis. Cependant, il n'est pas toujours possible pour les patients et les TRMs de refouler les émotions qui pourraient apparaître lors d'une séance d'hypnose clinique. Malgré cela les TRMs expérimentés dans l'hypnose ont constaté que les patients connaissant les aboutissants de la prise en charge acceptaient mieux les émotions qui survenaient et que le TRM pouvait demeurer dans son domaine de compétence sans avoir la crainte de dépasser les limites.

Nos entretiens avec les TRMs nous ont également indiqué que la communication thérapeutique est un outil essentiel à la transmission de l'information, ainsi qu'à la bonne mise en place d'une hypnose. Elle s'intègre à l'activité quotidienne de manière progressive et naturelle, car elle permet aux soignants de s'interroger sur leur manière d'être et de communiquer. Pour les quatre TRMs que nous avons rencontrés, chacun d'eux a fait entrer la communication thérapeutique et l'hypnose dans sa pratique, de son propre chef.

Tous ont décidé de suivre diverses formations sur ses sujets, dans le but d'améliorer leur prise en charge et c'est avec ces nouveaux outils qu'ils ont commencé à diffuser leurs connaissances dans leur service respectif. Nos interlocuteurs ont mis l'accent sur le fait que la communication thérapeutique s'intègre parfaitement à la pratique radiologique, car elle ne rallonge pas le temps de la prise en charge du patient. L'utilisation de cette communication va engendrer chez le TRM un travail de conscientisation, pour qu'il puisse changer ses habitudes de langage en y ajoutant les tournures affirmatives et les formulations ouvertes (Nouveau, Document non publié [Support de cours], 12 octobre 2018). C'est donc cette nouvelle manière de communiquer des TRMs formés, qui a influencé celle des collègues. Par conséquent, le mode de diffusion de la communication thérapeutique s'est principalement effectué par de l'observation et des discussions dans les services. Les termes utilisés avec cette nouvelle forme de communication ne sont pas ceux employés couramment. Ainsi, le mot « tunnel » devrait être remplacé par « machine de haute technologie », et l'expression « n'ayez pas peur » par « rassurez-vous ». Cette façon de s'exprimer particulièrement innovante a rapidement été repérée par les autres collègues, ce qui a entraîné des réactions, ainsi que des discussions sur les différentes manières de faire au sein des équipes. De plus, chacun a pu constater, dans la pratique, les effets bénéfiques de la communication thérapeutique, ce qui a certainement motivé les TRMs non formés à modifier leur langage. Même si la diffusion de la communication thérapeutique s'est déroulée naturellement, nos interviewés ont insisté sur le fait qu'il est nécessaire de pratiquer. Comme vu précédemment, les nouveaux termes changent les habitudes de langage et les routines bien installées. Par ailleurs, une réflexion personnelle est indispensable pour pouvoir tourner les phrases de manière adéquate et compréhensible, afin que le patient reçoive correctement le message que le TRM veut lui transmettre. C'est donc avec la pratique et l'expérience, que les TRMs vont réussir à s'approprier les mots convenant tant à eux-mêmes qu'à leur prise en charge. Progressivement, ils sauront adapter de mieux en mieux leur langage et leur façon d'être aux différents patients qu'ils rencontreront.

5.2.2. L'adaptation en cours d'action : un processus d'enquête

L'adaptation du TRM au patient est un point que nos interlocuteurs ont fréquemment évoqué. Cette adaptation commence par une évaluation du patient par le TRM qui se fait dès les premières secondes d'observation, au moment où le TRM arrive dans la salle d'attente. Selon l'expérience de nos interviewés, en arrivant dans cette salle, le TRM qui possède des informations sur le patient, observe discrètement l'assemblée présente, en essayant de deviner à qui il pourra avoir affaire. Tout ceci, se passe très rapidement, mais cette fine observation

permet au professionnel d'adapter sa prise en charge en fonction de ce qu'il perçoit de l'état du patient. Comme l'ont relevé les quatre TRMs, on ne réagit pas de la même manière avec un personnage souriant et calme que face à une personne recroquevillée sur elle-même ou agitée. Ces éléments relevés par le TRM vont le faire réfléchir aux moyens qu'il devra mettre en œuvre pour la bonne réalisation de l'examen. En effet, comme les TRMs interrogés nous l'ont fait remarquer, la réussite de l'examen dépend essentiellement du patient. Par exemple, certaines procédures demandent des apnées précises et il est essentiel que le patient soit dans de bonnes dispositions et coopère.

Ce point est très important, car il met en visibilité le raisonnement professionnel qui se crée pendant la prise en charge. Pour s'en rendre compte, l'environnement théorique disponible nous offre la possibilité de raisonner dans les termes de l'enquête, notion centrale développée par Dewey (1993), dans son ouvrage principal sur la logique :

Les enquêtes entrent dans toutes les sphères de la vie et dans tous les aspects de ces sphères. Dans le cours ordinaire de l'existence, les hommes examinent ; ils font intellectuellement le tour des choses, ils infèrent et jugent aussi « naturellement » qu'ils sèment et moissonnent, produisent et échangent des marchandises. (p.166-167)

Selon cet auteur, les connaissances ordinaires, comme les connaissances scientifiques, s'élaborent dans un processus d'enquête mis en œuvre par tout un chacun face à une situation indéterminée. C'est le caractère indéterminé d'une situation qui provoque l'enquête, car tant qu'elle s'accompagne, toujours d'un projet d'action, l'enquête est une manière d'unifier les éléments éventuellement disparates d'une situation, afin d'ouvrir sur des possibilités d'action qui s'avèrent pertinentes. En effet, unifier les éléments disparates d'une situation permet de la définir, de la rendre cohérente et, au moins provisoirement, de dégager des pistes d'actions. Les TRMs, lorsqu'ils prennent connaissance d'une prescription médicale, possèdent des informations différentes qui ne leur permettent pas de savoir, sans ambiguïté, quel patient ils vont côtoyer. Leur attitude, lorsqu'ils entrent dans la salle d'attente, est précisément une attitude d'enquête : observer, évaluer, décider, expérimenter, etc. Le but est donc de produire un savoir sur le patient singulier, qu'ils vont prendre en charge et être en mesure d'adopter un mode d'action approprié à ce patient-là et à cette situation spécifique.

L'adaptation et l'ajustement sont les produits de l'enquête. En psychologie, l'adaptation se définit comme suit : « Processus qui entoure l'incessante interaction entre l'homme et le monde dynamique dans lequel il évolue et interagit » (Jakubowicz, 2002). Dans le contexte qui nous intéresse, on parlera plutôt d'ajustement : un phénomène situé, local et indissociable de l'action en cours et dont l'usage est courant dans les théories de l'action.

L'ajustement désigne précisément les modifications ou transformations apportées par l'acteur à son action ou à son comportement en fonction de ce qui lui paraît significatif dans la situation. Ainsi, le TRM, en se présentant, observe attentivement la réaction de son patient et en fonction d'elle, modifiera son attitude (plus ou moins chaleureuse, plus ou moins distante), son rythme de parole, ses gestes, voire ses choix techniques pour la réalisation de l'examen. Le processus d'enquête ne cesse pas tout au long de l'examen. La parole est l'instrument fondamental de cette activité d'enquête et les ajustements en sont la conséquence. La communication entre le TRM et son patient apparaît alors comme une suite ininterrompue d'ajustements successifs entre les deux protagonistes, ceci à condition de voir le langage comme une activité (et non comme visant seulement à désigner des choses) qui permet d'agir sur l'environnement. La communication thérapeutique s'appuie précisément sur cette conception pragmatique du langage puisqu'elle parie sur la possibilité de modifier l'état du patient en portant une attention aux mots qui lui sont adressés.

Ainsi, pour amener cette coopération avec son patient, l'adaptation du professionnel au patient est essentielle et, selon nos interlocuteurs, elle se fait lors du premier contact. En effet, au moment où le TRM appelle le patient dans la salle d'attente, le professionnel entre dans l'intimité de la personne, car il possède des informations confidentielles sur celle-ci, comme le prénom, le nom, la date de naissance, mais aussi la raison de sa présence en radiologie. C'est donc ici que débute la relation soignant-soigné et pour les quatre TRMs interrogés, la présentation du TRM au patient joue un rôle déterminant pour la suite. En effet, le TRM connaît le patient et non l'inverse, mais si le TRM se présente de manière claire et précise en indiquant son nom et/ou son prénom, sa fonction et qu'il précise qu'il s'occupera du patient pour l'examen, les deux parties se retrouvent sur un pied d'égalité en ce qui concerne leur implication dans la relation. Mais également, selon les dires des TRMs questionnés, cette présentation est une marque de respect envers le patient, car elle indique que le professionnel souhaite faire un pas vers lui et le considère comme quelqu'un à part entière et non comme un numéro. Le patient devient alors partenaire de l'examen (Leclère, Ollivier, Ruszniewski & Neuenschwander, 2006). Le fait que le professionnel se présente joue également un rôle important dans l'adaptation du TRM au patient, notamment à partir de l'observation des réactions de ce dernier. Comme nous l'ont illustré nos interlocuteurs, si malgré une attitude calme du patient, la réponse verbale est plutôt dure, voire agressive, le TRM peut encore adapter sa façon de communiquer pour amener le patient vers une coopération et rassurer ses craintes. Beaucoup d'éléments se jouent donc grâce au non-verbal, mais la communication verbale est également importante.

Nos interlocuteurs ont remarqué que les patients s'expriment avec des tonalités différentes en fonction de leur état, mais ils questionnent également le TRM de manière plus ou moins précise suivant leurs inquiétudes. Le TRM doit donc faire preuve d'écoute, d'empathie et légitimer ce que le patient dit, afin de répondre au mieux à ses incertitudes pour que l'examen se réalise dans les meilleures conditions (Leclère et al., 2006).

Par ailleurs, l'attitude non-verbale du patient est analysée par le TRM, mais le contraire est également vrai, car le patient va réagir de manière naturelle à l'état de la personne se trouvant en face d'elle. C'est pourquoi le TRM doit réussir à contrôler son attitude non-verbale avec, par exemple, des gestes calmes et une posture souriante, comme nous l'ont expliqué nos interviewés. Ces outils permettent au patient d'adopter naturellement une attitude similaire. Nous avons également pu remarquer, dans nos différentes pratiques et dans notre vie quotidienne, qu'on ne réagit pas à l'identique, lorsque nous nous énervons et que la personne en face répond calmement et doucement ou qu'au contraire, elle réagit en haussant la voix. Par conséquent, le TRM, contrairement aux patients, peut utiliser tous ces outils de manière consciente et naturelle, car il sait que ce premier contact influence la relation soignant-soigné et donc la réussite de l'examen.

5.2.3. Evolution et affirmation identitaire

Les entretiens que nous avons pu effectuer ont aussi permis de mettre en avant l'identité de notre profession. Pour les TRMs que nous avons interrogés, l'identité des TRMs est « flottante », peu connue du public et parfois même du monde médical. Pour TRM A, la culture infirmière a énormément influencé la culture TRM en ce qui concerne la relation au patient. Il est vrai qu'il existe peu de littérature sur les TRMs soignants, au contraire du monde infirmier qui possède de nombreux ouvrages traitant de la prise en charge des patients ou encore de l'attitude que le soignant doit adopter. Le métier de TRM a donc dû s'inspirer de cette abondante littérature pour créer sa propre démarche. Cependant, les procédures de prise en charge du secteur infirmier se sont vite révélées peu compatibles avec celui de la radiologie, en raison principalement du genre de l'activité professionnelle. En effet, selon Clot et Faïta (2000), chaque groupe professionnel possède un genre qui est la façon dont un collectif va interpréter les prescriptions pour les adapter au mieux aux conditions réelles de travail. Par conséquent, les conditions de travail ne sont pas les mêmes pour des TRMs ou des infirmiers, car ces deux professions évoluent chacune dans un domaine médical bien différent, c'est pourquoi, l'identité TRM a pu se démarquer du métier infirmier.

L'émergence du thème de l'identité professionnelle dans nos entretiens est inattendue et mérite qu'on s'y attarde. Que nous disent nos interlocuteurs à ce sujet ? Quels liens posent-ils entre identité professionnelle et communication thérapeutique ? Selon eux, l'appropriation, puis la pratique quotidienne de la communication thérapeutique en radiologie constituent un savoir spécifique qui vient enrichir la culture professionnelle des TRMs. Comme on le sait, la formation proposée par les HUG ne s'adresse pas à un groupe professionnel spécifique, mais à tous les soignants. Les TRMs, qui ont bénéficié de cette formation, ont ainsi dû créer leur propre « communication thérapeutique » avec le patient, qui implique un lien entre des connaissances et de l'expérience en radiologie, que les TRMs détiennent grâce aux ressources nouvellement acquises lors de la formation à l'hypnose. Cette manière de parler ne leur a pas été délivrée comme une simple recette à appliquer : il leur a fallu inventer un style propre, adapté à l'environnement de la radiologie. Si répondre aux craintes des patients est la mission de tout soignant, il faut, pour être efficace, comprendre précisément le contenu des peurs et de l'angoisse de ces derniers. Il est également nécessaire de trouver les bons mots pour nommer les divers éléments techniques qui constituent l'environnement matériel de la radiologie, ainsi que prendre en compte le timing court et dense des examens radiologiques.

Théoriquement parlant, les TRMs interviewés sont dans un processus d'acquisition d'une compétence communicative que Charaudeau décline en quatre compétences spécifiques : « situationnelle », « discursive », « sémantique » et « sémiolinguistique » (Charaudeau, 2001, pp.341-348). Sans développer ici l'ensemble de ces compétences, on notera tout de même en quoi consiste la première d'entre elles : « la compétence situationnelle exige de tout sujet qui communique et interprète qu'il soit apte à construire son discours en fonction de l'identité des partenaires de l'échange, de la finalité de l'échange et du propos qui est en jeu » (Charaudeau, 2001, p.344). Comme il est cité, l'acquisition d'une telle compétence signe l'appartenance à un groupe. Mais également, en la distinguant d'autres cultures proches, cette compétence permet d'affirmer une culture spécifique qui constitue, dès lors, une identité professionnelle spécifique. C'est exactement ce qu'évoque l'un de nos interlocuteurs lorsqu'il parle de la « culture infirmière dominante » à laquelle l'identité TRM aurait, jusqu'alors, emprunté ses codes et avec laquelle l'appropriation de la communication thérapeutique permet de rompre.

Nos interlocuteurs ont également mis en avant le fait que le TRM possède deux casquettes, l'une de technicien et la seconde de soignant. Le métier de technicien en radiologie médicale est restreint à son côté technique en raison même de son appellation, mais le TRM est également un soignant qui doit être capable de s'adapter, d'écouter, d'effectuer des soins et, par conséquent, de prendre en charge un patient en répondant à ses attentes et ses craintes (Econcept SA, 2013). C'est donc ici que la communication thérapeutique joue un rôle important, car elle ouvre grand la porte à la dimension « soignant » du TRM. Comme nos interviewés l'ont énoncé, les outils de cette pratique s'intègrent au fonctionnement du professionnel de manière naturelle et donnent à ce métier un langage adapté à n'importe quelle prise en charge radiologique. La communication thérapeutique remanie donc les habitudes de communication des TRMs et elle suit également l'évolution des relations soignants-soignés. Ainsi, comme nos interlocuteurs nous l'ont fait remarquer, le schéma paternaliste de la blouse blanche qui était auparavant prédominant dans le monde médical, amenait les patients à suivre ce que le soignant disait, sans forcément se poser de questions sur le déroulement des examens. Cette manière de fonctionner est maintenant révolue : les patients sont désormais acteurs de leur examen et ils ont le droit d'être informés, comme nous avons pu le voir plus haut. La technologie a également accéléré cette évolution, car tout le monde peut avoir accès à des connaissances qui étaient précédemment réservées à des professions spécifiques. De ce fait, lorsqu'un patient vient en radiologie, il peut avoir une certaine connaissance de son cas et de ce qui se passera durant l'examen. C'est donc là que la communication thérapeutique s'avère utile, selon nos interlocuteurs. Elle va permettre de mettre tout le monde au même niveau et elle donnera la possibilité aux TRMs de pouvoir gérer de manière adéquate les questionnements et craintes des patients sur le déroulement de l'examen.

Comme les TRMs vus en entretien l'ont relevé, pour utiliser correctement les outils de l'hypnose et de la communication thérapeutique, la pratique et l'expérience sont essentielles. Par conséquent, selon TRM B, la communication thérapeutique peut être facilement intégrée aux formations des jeunes étudiants. En effet, les étudiants font leur expérience et apprennent les ficelles du métier (Becker, 2002), principalement en stage où, ils vont créer leur propre identité de professionnel, en côtoyant les TRMs expérimentés. Si les outils de la communication thérapeutique leur sont dispensés au plus tôt de leur cursus, ils pourront les intégrer, les pratiquer et acquérir l'expérience nécessaire pour les utiliser quotidiennement. De ce fait, ils seront équipés tant au niveau technique qu'au niveau soignant pour l'exercice de leur métier.

En définitive, l'hypnose et la communication thérapeutique ont pleinement leur place en radiologie, car il existe de nombreuses indications encourageant à leur utilisation (HUG, 2018a), telles que le stress pour des examens compliqués, la claustrophobie pour les patients devant effectuer une IRM, TEMP-CT, TEP-CT, voire un traitement en RO, mais aussi les douleurs lors d'examens interventionnels ou ceux nécessitant un transfert. De plus, selon nos interlocuteurs, l'hypnose et la communication thérapeutique sont intimement liées, puisque, pour amener le patient dans un état hypnotique, il est nécessaire que celui-ci soit dans de bonnes dispositions. Une relation adéquate entre le soignant pratiquant l'hypnose et le patient doit donc se mettre en place et pour ce faire, l'utilisation de la communication thérapeutique est primordiale. Comme nos interviewés l'ont évoqué, si une prise en charge hypnotique doit être réalisée, c'est principalement parce que le patient ne pourra pas effectuer l'examen sans elle. Dans ce cas, le patient se trouve dans une transe négative et la communication thérapeutique rentre en jeu pour amener le patient vers une transe positive. Elle enlève les mauvais mots et les reformulations négatives de la discussion, dans le but de créer une relation de confiance et de coopération dans la prise en charge (GRACE, 2018). La discussion étant ouverte, le patient pourra se sentir plus détendu et donc entrer avec davantage d'aisance en état d'hypnose grâce à l'accompagnement du professionnel. L'hypnose, soutenue par la communication thérapeutique, est donc une solution douce à la réalisation de l'examen, ces deux outils permettant de débloquer un bon nombre de situations. Toutefois, comme l'ont fait remarquer les TRMs interrogés, dans la majorité des cas, seule la communication thérapeutique est nécessaire. En effet, parmi tous les patients venant en radiologie, peu rencontrent de grandes difficultés à effectuer les examens. Si dès les premiers instants la communication thérapeutique est mise en place, cela ne laisse pas le temps au patient de partir dans une transe négative. C'est pourquoi, la communication thérapeutique est un outil remarquable en radiologie, mais également pour toutes les professions médicales.

6. Discussion

Au regard de ce que nous avons pu mettre en évidence lors de nos discussions, la communication thérapeutique montre de nombreux avantages à être intégrée à la radiologie et semble également bien adaptée à ce milieu. De ce fait, est-ce que l'introduction de la communication thérapeutique va modifier la conception du métier de TRM ? Modifiera-t-elle également la figure du patient ?

6.1.1. L'identité du TRM

Comme il a été expliqué dans notre analyse, la profession de TRM possède deux facettes, celle de soignant et celle de technicien. Ce métier est également peu connu du grand public et, parfois même, surviennent des confusions dans le monde hospitalier. Cette méconnaissance existe peut-être en raison du vaste domaine qu'est la radiologie et qui est peu visible pour l'ensemble de la population. Avant l'avancée des technologies médicales, le métier de TRM se trouvait moins confronté au public, car les passages en radiologie étaient moins courants. Par conséquent, une certaine méconnaissance du métier de TRM persistait, car les patients, se trouvant principalement en présence d'un médecin ou d'un-e infirmier-ère, déduisaient que le professionnel de la radiologie était soit médecin, soit du monde infirmier. Cette confusion a d'ailleurs souvent été observée par les TRMs qui étaient pris pour des médecins lors d'examens radiologiques, en raison peut-être du port de la blouse blanche par les professionnels. Le stéréotype de la blouse blanche, artifice correspondant uniquement aux médecins, est encore bien présent dans le monde médical et si le TRM n'est pas considéré comme un médecin, il est alors considéré comme un exécutant, un simple mécanicien ou un infirmier spécialisé en radiologie. Le TRM est donc restreint au domaine technique en raison, non seulement, du nom de la profession, mais également à cause de ces stéréotypes. Malgré cela, le métier et sa vision extérieure tend à changer. En effet, les TRMs ont pris l'habitude de se présenter de manière claire au patient, en leur indiquant l'accompagnement qu'ils vont effectuer et leur rôle dans la prise en charge. D'après le cours de O. Nouveau, le TRM a dû modifier sa façon de communiquer afin de s'adapter aux besoins des patients et d'obtenir une relation soignant-soigné adéquate à la prise en charge. (Document non publié [Support de cours], 12 octobre 2018). De plus, le concept d'interprofessionnalité a largement pris sa place dans les institutions médicalisées et a permis d'améliorer les relations entre les soignants. Ce concept a permis aux différents métiers de la santé de travailler ensemble et de savoir ce que les autres filières effectuaient.

Nous avons d'ailleurs pu l'expérimenter lors de notre formation, par des travaux pratiques avec des ambulanciers, des infirmiers, des médecins ou des sages-femmes. Ces travaux ont permis d'ouvrir la communication entre les différentes professions, de façon à ce que chacun puisse s'interroger sur les domaines de compétences des autres. Il ne tient donc qu'aux professionnels de modifier la vision des autres sur leur propre métier, et pour ce faire, il faut pouvoir communiquer correctement.

La communication thérapeutique a donc montré de réels bénéfices à être utilisée dans la prise en charge du TRM. Elle permet aux professionnels d'utiliser les mots adéquats pour expliquer les procédures, rassurer les patients et instaurer une relation de confiance, ainsi qu'une coopération entre le soignant et le soigné. Par conséquent, les bénéfices de ce type de communication s'obtiennent immédiatement lors de la prise en charge, mais aussi dans le temps. Par ailleurs, les patients venant en radiologie ne le souhaitent pas forcément et le fait que l'examen soit à but diagnostique ajoute un stress sous-jacent. De plus, la vision de la radiologie par les patients n'est souvent pas agréable : les examens sont douloureux, longs, il y fait froid ou les positions sont inconfortables. C'est pourquoi, avec l'aide de la communication thérapeutique, les TRMs peuvent s'occuper des patients en respectant leur intégrité et en leur montrant le côté soignant de ce métier. En effet, selon l'Institut de Nouvelle Hypnose, la communication thérapeutique a pour but de porter l'attention du patient sur son épanouissement personnel grâce au fait de puiser dans ses propres ressources, afin de provoquer un mieux-être par le biais d'un objectif fixé avec le TRM (s.d.). Il est également possible de pratiquer l'hypnose clinique : le patient accède à un état de conscience modifiée qui lui permet de changer ses perceptions par le biais de suggestions faites par le TRM thérapeute (HUG, 2019a). Les patients pris en charge de cette manière repartiront de la radiologie en se sentant considérés, respectés, entendus et cela pourrait permettre d'éliminer petit à petit les aprioris négatifs qui existent au sujet de la radiologie.

Comme, la communication thérapeutique peut s'intégrer facilement aux habitudes des TRMs, avec une pratique régulière, le professionnel saura ce qu'il doit éliminer de son vocabulaire et comment formuler ses phrases. Au départ, cela demandera une certaine réflexion pour modifier les automatismes, mais sur le long terme, cette forme de communication, loin d'être énergivore, pourra s'utiliser quotidiennement sur le terrain tout comme dans la vie de tous les jours. Par conséquent, elle permettra de valoriser le côté soignant du TRM, facette qui était jusqu'à récemment méconnue.

6.1.2. La figure du patient

Nous avons également pu remarquer qu’au cours du temps, les patients ont possédé plusieurs figures (Pierron, 2007). Tantôt, ils étaient des objets de soins, sans réflexion se remettant aux mains des professionnels portant la blouse blanche, tantôt des clients, payants pour leurs soins et donc ayant une certaine exigence de traitement, ou alors ils étaient réduits à la chosification, en étant appelés uniquement par l’indication de leur présence en radiologie. Ces figures ont particulièrement évolué ces dernières années, principalement en raison de l’avancée des mentalités et d’internet qui ont permis aux patients d’exiger une certaine reconnaissance, mais aussi un niveau plus élevé d’information. Ainsi, l’arrivée d’internet a permis aux patients d’obtenir des informations avant d’aller chez le médecin ou alors des renseignements sur les examens, notamment radiologiques, qu’ils devaient effectuer. Ces nouvelles connaissances ont donc engendré certains questionnements et la relation soignant-soigné s’en est retrouvée modifiée. Un patient qui arrive en radiologie sans connaissance préalables, écoute sans réagir les informations que le professionnel veut bien lui transmettre, à l’inverse, la relation sera complètement différente, dès lors que le patient, déjà informé, pose de multiples questions sur le pourquoi du comment et le déroulement de l’examen. À ce jour, le patient n’est plus un objet effectuant les volontés du soignant : il est acteur de sa prise en charge. En radiologie, il est d’autant plus important que le patient fasse partie intégrante de l’examen et ne soit pas relayé en niveau de figurant, car beaucoup d’examens demandent sa coopération, sa compréhension et son attention. Par ailleurs, d’un point de vue structurel, ce changement de statut du soigné prend place dans un contexte où les institutions sanitaires ont une obligation de transparence, tant vis-à-vis des autorités, que de leurs patients. Le management de la qualité et l’introduction de « bonnes pratiques », définies selon des standards scientifiques, sont devenus une préoccupation majeure pour la gestion interne des établissements. Les procédures qualité auxquelles doivent se soumettre les institutions sous la Nouvelle Gestion Publique, les obligent à se préoccuper de la satisfaction de leur « client » et à rendre des comptes (Seferdjeli & Terraneo, 2015).

Ainsi, comme on peut le constater, la communication entre le TRM et le patient est primordiale, encouragée socialement et institutionnellement, elle s’inscrit également dans une légitimité sociale forte. Par conséquent, les bénéfices retirés, grâce à ce type de communication, permettent de mettre tout le monde sur le même niveau d’information, les patients prennent part à la réalisation de l’examen, ils comprennent que le TRM a besoin d’eux pour réaliser de bonnes images, afin d’obtenir un diagnostic qui soit de qualité.

De ce fait, ils seront coopérants et impliqués par ce qui se déroulera. Le patient devient alors partenaire de l'examen. De plus, grâce à cette nouvelle relation TRM-patient, nous pouvons espérer que les patients repartiront de la radiologie avec une nouvelle vision de ce qu'est la profession de TRM et qu'ils reviendront avec moins d'appréhensions.

7. Conclusion

Notre travail nous a permis d'en apprendre davantage sur l'hypnose et la communication thérapeutique. Bien avant de comprendre que la communication thérapeutique s'utilisait comme un outil, il nous a fallu retracer l'histoire de l'hypnose, afin de mieux connaître les origines de cette pratique. L'utilisation de l'hypnose au début du 18ème siècle a montré des effets bénéfiques dans le soulagement du mal-être des patients et c'est avec le mouvement Ericksonien que l'hypnose a pris une autre tournure, avec l'intégration du concept de l'inconscient théorisé qui, au lieu, de proposer directement une solution à un problème, a positionné le patient au centre, afin de lui donner les clés de sa propre guérison (Smaga et al., 2010). Cette méthode a fait ses preuves et a été utilisée par les thérapeutes à des fins thérapeutique et diagnostiques. De plus, l'évolution des connaissances sur ce sujet a permis d'amener l'hypnose dans le domaine médical. En effet, il y a 20 ans, l'hypnose a été proposée aux HUG par des anesthésistes et a été utilisée pour préparer le patient, avant et pendant l'acte chirurgical, afin de diminuer son angoisse et ses douleurs. Son efficacité a pu être constatée, grâce notamment à des études scientifiques, dont l'IRM fonctionnel, qui ont permis d'objectiver la pratique en décryptant le comportement du cerveau sous hypnose (AMGe, 2007). Les HUG ont intégré l'hypnose publiquement à leur programme PHH (Programme Hypnose HUG) en 2017. Ce dernier offre une formation sur deux niveaux pour le personnel soignant, dont le premier concerne uniquement la communication thérapeutique. Cette nouvelle forme de communication permet de modifier les phrases en supprimant les expressions et les mots exprimant une négation (HUG, 2019a). Elle est aussi intimement liée à l'hypnose, car son utilisation permet de préparer le patient à entrer dans un état d'hypnose. C'est à partir de là, qu'une nouvelle façon de communiquer s'est créée, permettant un respect de l'intégrité du patient et la mise au premier plan de la prise en charge de ce dernier.

Ces pratiques sont intéressantes pour la radiologie, car les cinq modalités qui la composent sont très différentes. Chacune possède des éléments anxiogènes, tels que la dose, la grandeur des machines ou le positionnement strict, qui peuvent générer un grand stress chez les patients et engendrer le report de l'examen, voire son annulation. Les examens radiologiques sont en constante augmentation (HUG, 2019c), dus à l'évolution des machines et à la forte demande des médecins qui s'appuient sur des images médicales pour le diagnostic. De par cette forte sollicitation, l'accompagnement du patient par le TRM est important. En effet, ce dernier est responsable du soigné durant toute la durée de l'examen. Son travail consiste à prendre en charge les patients en donnant les instructions et les informations nécessaires sur le déroulement de l'examen, tout en s'assurant de la bonne compréhension de ces derniers. Le recours à l'hypnose et à la communication thérapeutique apparaît donc comme très approprié en radiologie pour améliorer cet accompagnement et donc le bien-être des patients.

Nous avons donc pris contact avec des TRMs, afin d'effectuer des entretiens de types compréhensifs. Cette méthode nous a permis de ne pas nous restreindre aux questions standardisées, mais de pouvoir construire notre recherche sur l'échange verbal entre nous et nos interlocuteurs (Kaufmann, 1996). Notre choix s'est porté sur quatre TRMs pratiquant régulièrement l'hypnose et/ou la communication thérapeutique. Nous avons grâce à leur collaboration, pu obtenir une vision très précise de l'utilisation de ces deux pratiques en radiologie. En plus de la richesse de chaque intervenant et de son rapport à l'hypnose, ainsi qu'à la communication thérapeutique, nous avons pu mettre en évidence des thèmes communs à tous qui ont émergé après le regroupement des quatre interviews. Ces thèmes sont l'information donnée aux patients, l'adaptation du TRM face à ce dernier, l'identité du TRM, la place de l'hypnose et de la communication thérapeutique en radiologie médicale, ainsi que la diffusion de ces outils dans les différentes modalités.

Au regard de ce travail, nous avons pu conclure, grâce à nos recherches dans la littérature et aux entretiens effectués, que l'hypnose demande une certaine organisation pour être mise en place en radiologie. Pour effectuer une prise en charge correcte, certains éléments, tels que l'induction et l'entretien post-hypnotique, doivent être respectés (Gueguen et al., 2015). Nous avons donc pu constater, à la suite de nos interviews, qu'il est important de dégager du temps pour les TRMs pratiquant, afin qu'ils puissent allier l'hypnose à la prise en charge radiologique des patients. Même si l'organisation peut se créer dans la majorité des modalités radiologiques, elle semble difficile à mettre en place en MN, non pas à cause de l'organisation, mais en raison des radiopharmaceutiques utilisés dans ce domaine.

Cette modalité demande un respect strict des règles de radioprotection (Papazyan, Document non publié [Support de cours], 10 octobre 2016), ce qui est incompatible avec la pratique de l'hypnose. Ceci mis à part, l'hypnose possède de multiples indications en radiologie et elle permet d'effectuer un grand nombre d'examen sans l'aide de médicament ou d'anesthésie générale.

Concernant la communication thérapeutique, notre travail nous a montré qu'il était facile d'intégrer cet outil à la pratique du TRM, sans que cela n'influence son temps de prise en charge. Par ailleurs, sa simplicité d'utilisation est suffisante, dans la majorité des cas, pour dénouer des situations. Sa mise en place, dès l'accueil des patients, permet d'amener ces derniers dans un état positif. En effet, la communication thérapeutique a pour objectif d'informer précisément les patients à propos des procédures, de leur montrer qu'ils sont pris en considération et d'encourager la collaboration entre le soignant et le soigné (GRACE, 2018). Ceci amène donc une meilleure relation entre les deux protagonistes et permet de diminuer : le stress, les angoisses ou les phobies, chez le patient. Nos entretiens nous ont également appris que la communication thérapeutique est un pont avec la prise en charge hypnotique, car elle permet de démystifier l'hypnose et d'informer correctement le patient sur cette dernière. De plus, dans le cas de la douleur, la communication thérapeutique va permettre de descendre le seuil de douleur du patient, afin qu'il puisse entrer en état d'hypnose. Dans ce cas, elle peut même faire office de conversation pré-hypnotique. Par ailleurs, la communication thérapeutique demande moins d'organisation pour être intégrée au service, car elle nécessite uniquement une modification du mode de langage des professionnels. Ce changement peut s'effectuer par de la pratique et une remise en question du fonctionnement personnel, pour que le TRM trouve une communication qui lui convienne, tant verbale que non verbale. En outre, la communication thérapeutique va au-delà de la relation soignant-soigné, puisqu'elle permet également une meilleure communication dans le service et entre les professions. Son utilisation se retrouve intégrée au mode de fonctionnement et de communication de ceux qui l'adoptent, jusqu'au point où les professionnels n'ont plus besoin de réfléchir en l'utilisant. La pratique est donc primordiale pour acquérir de l'expérience et intégrer facilement ce nouveau concept.

Par conséquent, la communication thérapeutique est un outil parfaitement bien adapté à la radiologie, elle se répand et s'intègre facilement. Auparavant, le TRM utilisait de manière inconsciente des outils lui permettant d'arriver à influencer bénéfiquement la prise en charge. Son rôle était de créer une relation avec le patient dans un court laps de temps, il devait pouvoir donner des instructions précises et obtenir des résultats rapides tout en respectant l'intégrité du patient. Le professionnel possédait donc une place de négociateur et d'accompagnant.

Actuellement, la communication thérapeutique apporte cet aspect humain à l'identité du TRM qui peut dorénavant employer un outil connu, qui a été objectivé et l'utiliser de manière consciente pour l'améliorer et l'adapter au mieux au monde de la radiologie. Ceci amène donc au fait que le TRM devient un soignant à part entière, qui possède une prise en charge parfaitement adaptée à son milieu.

Afin que les résultats que nous avons obtenus se pérennisent dans la pratique, nous avons imaginé que des cours concernant principalement la communication thérapeutique pourraient être mis en place dans la formation TRM car, plus tôt les étudiants intégreront cet outil, plus rapidement il fera partie de leur fonctionnement. En outre, des mises en place de plages réservées à l'hypnose pourraient être envisagées, afin de favoriser l'organisation du service de radiologie. En effet, si nous prenons comme exemple l'IRM, un jour ou une matinée pourrait être dédié aux prises en charge hypnotiques, avec deux ou trois TRMs, formés à l'hypnose, qui pourraient se relayer à la technique et à la pratique. Grâce à ce tournus, le temps prévu pour les patients et le flux de travail ne seraient pas pénalisés.

Les TRMs que nous avons interrogés ont également émis quelques propositions théoriques pour intégrer au mieux la communication thérapeutique au métier de technicien en radiologie. La formation TRM pourrait proposer des cours sur le sujet avec des travaux pratiques, durant lesquels les étudiants pourraient expérimenter diverses situations. Par ailleurs, cela permettrait aux jeunes professionnels de pouvoir pratiquer cette communication et de discuter entre eux pour l'améliorer. Une autre proposition serait de former la totalité du personnel hospitalier à la communication thérapeutique, dans le but que chacun puisse utiliser cet outil avec les patients, mais également avec les collègues et la hiérarchie, ce qui augmenterait la coopération et la compréhension entre tous.

Pour conclure, l'hypnose a sa place en radiologie, mais dans des cas spécifiques, tels que des phobies, douleurs ou stress importants, ne pouvant pas se résoudre uniquement à l'aide de la communication thérapeutique. Néanmoins, le recours à l'hypnose, nécessite une certaine organisation et une formation plus poussée pour le praticien, alors que la communication thérapeutique est plus facile d'application et suffit, dans un grand nombre de cas, à débloquer les situations tendues. C'est pourquoi, nous pensons que la communication thérapeutique doit devenir l'outil de communication principal pour les TRMs, car elle génère une meilleure coopération entre le soignant et le soigné, ce qui permet au patient de mieux vivre son examen.

Par ailleurs, grâce à elle, le TRM devient un soignant capable d'identifier l'état du patient, de juger s'il est indiqué d'utiliser l'hypnose et la communication thérapeutique, mais aussi, de donner les informations nécessaires au patient, afin de l'accompagner correctement dans la prise en charge de son examen radiologique. Cette facette de la profession, trop souvent négligée, pourrait être ainsi revalorisée, ce qui permettrait au public, ainsi qu'aux autres professionnels de la santé d'avoir une nouvelle perception du métier de TRM.

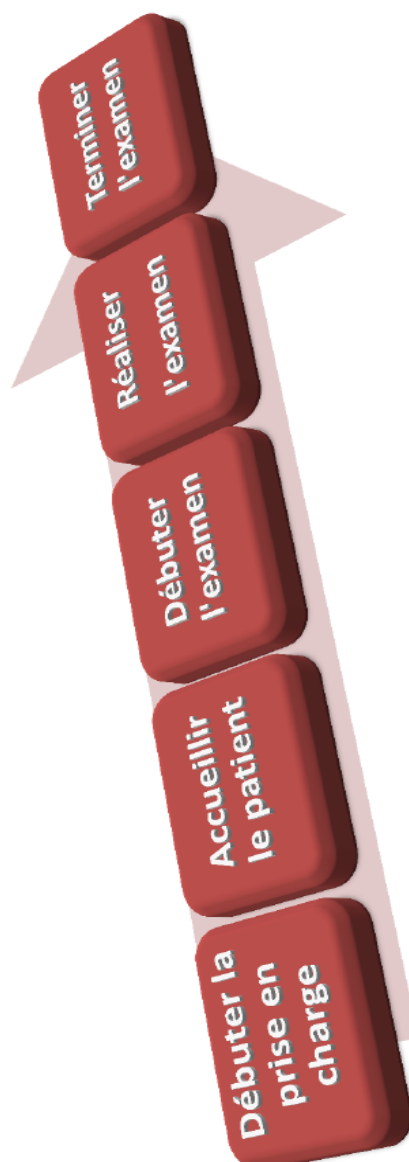
La communication thérapeutique et l'hypnose ont donc un bel avenir en radiologie et nous pouvons donc nous demander si la vision de la radiologie par les patients et les autres professionnels de la santé changera grâce à l'instauration de la communication thérapeutique ? Ou alors lorsque cette dernière sera bien installée en radiologie, est-ce qu'une nouvelle prise en charge TRM sera créée ? Mais aussi quelle est l'organisation idéale pour une prise en charge hypnotique en radiologie et plus particulièrement en IRM ? C'est avec ces questionnements que nous terminons notre travail, qui nous a permis d'en apprendre davantage sur notre futur métier, en approfondissant notamment, ce nouveau rôle de soignant. Nos recherches nous ont également motivées, à l'aube de notre entrée dans le monde des TRMs, à faire de la communication thérapeutique l'outil essentiel de notre pratique que nous avons à cœur de pouvoir maîtriser et approfondir dans l'avenir.

Annexes

Guide Calgary-Cambridge, Version TRM 2015

Guide Calgary-Cambridge Les processus de communications

Version TRM « Techniciens-nes en Radiologie Médicale »



Asiye Guney & Laurence Seferdjeli -Version octobre 2015

1. Débuter la prise en charge

Préparer la salle

- Préparer la console (paramètres techniques, etc)
- Préparer la salle :
 - **matériel** (tube, antenne, injecteur, moyen de contention, radio-pharmaceutique, seringue, etc.)
 - **hygiène**

Prendre connaissance de la prescription médicale

- Lire la demande d'examen
- Consulter l'historique médicale du patient si nécessaire

2. Accueillir le patient

Valider les informations protocoler

- (Saluer les patients de la salle d'attente)
- Appeler le patient
 - Se présenter (nom et fonction)
 - Vérifier l'identité du patient (nom et date de naissance)
 - Valider l'indication de l'examen, (si nécessaire appeler le médecin pour vérifier)
 - Localiser avec le patient la région à examiner et/ou traiter

Expliquer la procédure

- Expliquer le déroulement de l'examen dans les grandes lignes, clairement et de manière concise
 - Donner les consignes pour la réalisation de l'examen
- Ex : l'injection du produit de contraste, la respiration, le positionnement, la durée de l'examen, les risques pour les patients (radio protection)
- Vérifier la compréhension des consignes en utilisant la reformulation (*bonne compréhension = bonne coopération = bonne gestion du temps de l'examen*) (*évalue de devoir recommencer car le patient n'a pas compris la manœuvre*)
- Ex: vous avez bien bu ? N'oubliez pas de gonfler les poumons et de bloquer etc
- Adapter son langage selon le premier retour du patient ainsi que de son état physique et/ou cognitif, son âge, sa nationalité, son état de santé, sa culture,...)
 - Utiliser le langage non verbal (la gestuelle) si le patient ne parle pas la langue ou si la compréhension est difficile pour lui
 - Etre attentif dès le début de l'entrevue au confort et à l'intimité du patient

Asiye Guney & Laurence Seferdjeli -Version octobre 2015

3. Débuter l'examen

Fournir les consignes pertinentes à l'examen

- Évaluer les connaissances du patient sur l'examen: Avant de donner de l'information, s'enquérir des connaissances préalables du patient; s'informer de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir/entendre
- Fournir l'information par portions gérables et vérifier la compréhension par le patient ; utiliser les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications
- Demander au patient quelles autres informations seraient utiles pour aboutir à une bonne compréhension convenable.
- Utiliser des aides visuelles si nécessaire pour transmettre l'information
- Donner l'information à des moments appropriés
- Énumérer les questions de radioprotection (+sécurité) si nécessaire

Installer le patient

- Placer le patient de manière à obtenir un examen de qualité
- Veiller au confort et aux douleurs du patient en s'aidant (ou non) des objets de contention

Planifier : une prise de décision partagée

- Impliquer le patient : Offrir des suggestions et des choix plutôt que des directives, l'encourager à partager ses propres idées, suggestions
- Écouter les préoccupations importantes du patient : claustrophobie, peur de l'examen ;
- Explorer avec le radiologue les différentes options d'action lorsque la réalisation d'un examen n'est pas possible : claustrophobie, allergies, etc. ;
- Discuter d'un plan mutuellement acceptable, en accord avec le radiologue et/ou le patient
- Vérifier que le patient soit en accord avec le plan, si l'on a répondu à ses préoccupations

Asiye Guney & Laurence Seferdjeli -Version octobre 2015

4. Réaliser l'examen

Lancer l'acquisition

- Programmer l'examen à la console (paramètres techniques)
- Respecter le protocole d'examen en vigueur dans l'institut
- Effectuer les séquences ou protocoles
- Surveiller le patient (faire attention aux éventuels mouvements, mauvaises démarches des consignes données : exemple bloquer la respiration et à la place vider l'air) dès le début de l'acquisition

Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient

- Relier les explications aux opinions du patient sur ses malaises : Faire le lien avec les idées, préoccupations et attentes préalablement exprimées par le patient
- Fournir au patient des opportunités pour participer et l'encourager à contribuer à l'examen : l'inciter à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes; y répondre adéquatement
- Relever les indices verbaux et non verbaux: détecter que le patient veut prendre la parole pour fournir de l'information ou poser des questions; être sensible aux signes de surcharge d'information; être attentif aux indices d'inconfort
- Ré-expliciter entre les séquences de l'examen sur les positionnements à effectuer (important de garder une communication pour rassurer le patient sur les bonnes démarches effectuées sur la première partie d'examen et pour ne pas perdre de temps si le patient a oublié les étapes à effectuer)

Asiye Guney & Laurence Seferdjeli – Version octobre 2015

5. Terminer l'examen

- Validation des séquences ou protocoles (en fonction de la modalité, il est nécessaire à la fin des séquences ou protocoles de demander au médecin s'il souhaite un complément ou si l'examen est terminé et on peut désinstaller le patient)
- Expliquer au patient la suite de l'examen (résultats, où aller quand il aura les résultats, prise de rdv, etc.)
- Expliquer au patient les attitudes à adopter après l'examen (s'hydrater, se reposer, ne pas conduire, éviter l'allaitement, etc.)
- Répondre aux questions éventuelles du patient sur l'examen ou sur les démarches administratives de l'institut (le rapport médical sur l'examen et/ou les images effectuées seront envoyé à votre médecin)
- Aider le patient à se relever ou se rhabiller
- L'accompagner en cabine si besoin (difficulté à marcher ou autre)
- Prendre congé du patient

Asiye Guney & Laurence Seferdjeli -Version octobre 2015

Tableau d'analyse d'entretien

Informations aux patients

TRM A	TRM B	TRM C	TRM D
<p>L'hypnose est médecin dépendant. Lors de la première consultation avec le médecin et l'infirmière, des explications de la procédure vont être données aux patients, comme l'utilisation de masques, d'immobilisation ou de tatouages et les patients vont imaginer les éléments et exagérer les procédures en pensant qu'ils n'y arriveront pas, ceci amène au fait que les patients lors de leur première consultation avec le médecin et l'infirmière ne retiendront que 50% de ce qui a été dit.</p> <p>Le système Virtual est proposé à tous les patients venant pour un traitement de seins ou de prostatites et à la fin de la séance, le TRM propose : « Voilà, en revanche, pendant le traitement sachez que vous pouvez avoir de l'hypnose, si vous avez besoin ».</p> <p>Le premier jour, jour de la simulation, TRM A va redonner une explication au patient et fait toucher les matériaux aux patients. L'utilisation du langage adapté est importante et TRM A dit au patient que c'est lui qui guide l'examen et que le TRM est à sa disposition.</p> <p>Pour l'instant il n'y a pas de flyer spécifique à l'information de l'hypnose en RO, mais TRM A souhaite qu'il soit créé.</p>	<p>Il faut poser des questions et expliquer la procédure de l'examen aux patients pour les rassurer, mais aussi pour qu'ils sachent à quoi s'attendre lors des manipulations. De ce fait, prévenir les patients est une marque de respect qu'on leur doit.</p> <p>Lors de prise en charge difficile, il faut laisser la possibilité au patient de rester maître de la situation, d'avoir le choix et de trouver une solution pour qu'il ne subisse pas. Car si un patient est énervé, nous n'en sommes pas forcément la cause : quelque chose d'autre le préoccupe et il n'est pas disponible pour le TRM et l'examen. C'est donc là qu'il faut lui demander si on peut faire quelque chose pour améliorer la situation, cela permet de montrer qu'on le respecte, qu'on est à son écoute et cela amène une réalisation de l'examen dans de meilleures conditions.</p> <p>De plus, il est important d'adapter sa prise en charge en fonction de la situation, le TRM peut essayer de trouver le patient sur l'humour, mais selon TRM B il faut : « Toujours répondre : il y a un problème, j'y réponds. Si tu es énervé, j'y réponds en tant que professionnel. Si tu es angoissé, je te maternelle. » (TRM B, 00:21:19).</p> <p>Une fois que le patient a transmis ses inquiétudes, TRM B essaie d'apporter de</p>	<p>On peut proposer l'hypnose au patient, mais il est nécessaire de lui expliquer correctement la pratique. Le patient est parfois au courant de l'utilisation de l'hypnose, mais il est nécessaire de le rassurer en démystifiant, en éliminant les aprioris, car certains patients sont réfractaires à la pratique à la suite de ce qu'ils voient et ce qu'ils entendent sur l'hypnose.</p> <p>Il est important d'informer les patients lors de la prise en charge, afin que tout le monde soit sur la même longueur d'onde, ce qui permet d'accepter ce qui se passe, sans rejeter les émotions profondes. « Moi aujourd'hui, on est dans un accompagnement par rapport à un examen IRM qui va durer 45 min. Ou d'un geste interventionnel. Si vous avez un souhait particulier de travailler sur ce qui vous embête de manière plus profonde, je peux vous conseiller des professionnels en ville ou autre. » (TRM C - 00:16:77).</p> <p>Si le patient a un gros problème, le TRM peut, après réalisation d'une séance d'hypnose, proposer un suivi, un accompagnement psychologique par un professionnel. Il faut être prudent, car le patient</p>	<p>Il faut informer le patient sur les possibilités de prise en charge, car TRM D a vécu des événements où il a pratiqué de l'hypnose de manière impromptue et a pu se rendre compte que si le patient n'était pas informé, lui-même et le patient n'étaient pas confortables pour pouvoir retirer les bénéfices de la pratique. C'est pourquoi il est important d'expliquer au patient ce que l'on est en train de faire, cela fait partie de la conversation thérapeutique. Si on n'explique pas au patient et qu'on fait les choses, on rentre dans sa sphère privée de manière agressive et cela est non respectueux. De plus, expliquer au patient est une façon de lui laisser le choix, pour TRM D c'est important que le patient ait toujours le choix.</p> <p>Le mot hypnose peut faire peur au patient, TRM D l'a expérimenté et il n'a pas pu pratiquer en raison de la réticence du patient, notamment par le fait que l'hypnose a des liens avec le monde du spectacle et que les personnes sont mal informées sur le sujet.</p> <p>Pour TRM D, le patient doit demander, car ce n'est pas possible de le faire sans demande en raison du planning chargé. Cela n'est pas possible d'effectuer une prise en charge</p>

<p>Cependant, les HUG possèdent un programme appelé PHH et il existe des flyers institutionnels, documents génériques pour tous les départements. Deux chronologies peuvent être proposées aux patients après la première consultation :</p> <p>L'infirmière va chercher TRM A pour que la prise en charge hypnotique soit à la simulation et TRM A propose, après la simulation, la simulation Virtual.</p> <p>L'option Virtual est directement proposée avant la simulation et l'hypnose est proposée au patient après cela</p> <p>Lors de l'hypnose, il ne faut pas essayer de canaliser le patient, mais il faut rester le plus large possible, pour que le patient parte où il veut et cela est rarement toujours le même lieu de ressource. A la fin de la séance d'hypnose plus ou moins classique, le TRM essaie de revenir avec le patient sur ce qui s'est passé pour lui montrer ce que le patient peut mettre en pratique pour le faire lui-même. L'hypnose joue sur les rythmes internes (cardiaques, respiratoires), sur les ressentis du corps. Le fait que la personne ait déjà fait le chemin avec le TRM, lors de la première consultation, permet au patient de se remémorer et de retrouver les sensations. Cela fonctionne ou pas, mais les patients vont essayer chez eux et parfois revenir en disant que cela n'a pas fonctionné, mais selon TRM A cela n'est pas grave, car ils ont essayé, ils</p>	<p>la légèreté en parlant d'autre chose que de la problématique. En général, on travaille avec un collègue qu'on peut appeler pour demander son aide si besoin. Le travail d'équipe permet à TRM B de parler avec la patiente pour faire diversion, apporter des choses. Même si parfois, le TRM se retrouve avec un patient absent, TRM B trouve que c'est toujours primordial de leur parler, afin de pouvoir voir sur quoi il peut les trouver. De ce fait, il va chercher les patients sur la respiration et il observe également leur regard, tout ceci avec une voix plus basse et lente, ce qui lui permet de connaître leur réaction, s'ils acquiescent, s'ils réfléchissent, s'ils sont présents ou absents et s'ils commencent à avoir peur. La prise en charge du patient n'est pas innée, ça s'apprend - comme tous les gestes techniques - si on veut que ce soit efficace. Il est important de parler, de poser des questions, d'être auprès du patient s'il est angoissé, ce qui permet d'être à l'écoute et d'être présent. Par exemple, lors des transferts, on entend les patients crier, mais si on les prévient en utilisant des mots positifs, les transferts se font sans bruit.</p> <p>« Voilà tu dis « Bonjour », tu dis « Au revoir », en regardant les gens dans les yeux et c'est tout, en serrant la main. » (TRM B - 00:42:34)</p>	<p>n'est peut-être pas prêt à entendre cela, mais parfois c'est le contraire qui se passe et c'est le patient lui-même qui demande de l'aide face à ce qui lui pèse. Il est important de toujours laisser le choix et du temps au patient : TRM C propose au patient son adresse email et une liste avec des professionnels au cas où le patient changerait d'avis. Ceci permet de proposer des solutions et des alternatives. Ensuite les outils, tels que travailler sur le corps, la respiration, la synchronisation, en plus de la conversation thérapeutique, peuvent être utilisés. Si cela ne suffit pas on peut proposer une « petite expérience » (pour ne pas dire le mot « hypnose » qui fait parfois peur) en parlant au patient, en allant chercher ses propres ressources. Afin de mener à bien l'hypnose, il est essentiel de définir un objectif pour la prise en charge de la part du soignant. Ceci permet d'avoir un accompagnement bienveillant pour amener le patient à l'endroit souhaité afin de réaliser son examen dans de meilleures conditions, voire simplement de permettre au patient de réaliser l'examen. De ce fait, être à l'écoute du patient est primordial et ne pas refermer la porte après l'avoir ouverte : faire des propositions au patient, se rendre disponible s'il a des questions.</p> <p>Dans une grande structure, il y a beaucoup</p>	<p>hypnotique dès le moment où le patient arrive à l'examen, car il faut lui expliquer que c'est une alternative, qu'il existe des gens formés pour cela et qu'il est possible de la mettre en place, mais cela peut prendre au moins 20 min. Cependant, si on sait déjà ce dont le patient a besoin, cela est plus simple pour l'organisation, car le patient est au centre de la prise en charge et il vient avec ses croyances. Si un patient souhaite avoir de l'hypnose, pour lui offrir cette prestation, il faut un protocole précis :</p> <p>Le patient vient une demi-heure avant pour l'accueil et les explications</p> <p>Un entretien doit être fait, car la nécessité de l'hypnose peut être différente de ce que le patient pense vouloir</p> <p>Le but d'une prise en charge n'est pas d'être bisounours, mais il faut avoir une certaine bienveillance et avoir un respect du patient, du moment où il passe la porte, il faudrait que le patient se sente accueilli à la réception. C'est pourquoi, la conversation thérapeutique devrait être mise en place partout dans un hôpital, même jusqu'au technicien de surface : « Le patient il passe, il voit quelqu'un qui lui dit bonjour, souriant, déjà ça c'est pas mal. » (TRM D - 00:47:20)</p> <p>Pour TRM D la bienveillance et l'accueil doit se faire dès les premiers instants : « Chaque personne a son</p>
--	---	---	--

<p>sont réceptifs et ont les bases, ce qui sera plus facile pour retrouver les sensations de bien-être. Mais la personne doit être disponible, c'est-à-dire que le TRM possède ses outils et souhaite les utiliser comme appris en théorie, mais cela ne fonctionne pas comme en théorie si la personne n'est pas disponible, il n'y a pas d'interrupteur Switch on-off. Le patient doit être disponible et c'est lui qui doit faire en sorte que quelque chose se passe.</p> <p>Dans l'hypnose classique, la première chose est d'adapter son langage au patient en discutant avec lui pour définir son niveau de connaissances sur le sujet. Le mot hypnose n'est pas utilisé par TRM A pour prendre en charge le patient</p>		<p>d'intermédiaires, ce qui peut engendrer une méconnaissance des actions de chacun. Donc, lorsque TRM C prend en charge une hypnose, n'ayant pas d'espace dédié à cela, il doit prendre en compte le bruit alentour et les questionnements de ses collègues. Ce qui n'est pas forcément une mauvaise chose, car il peut inclure les bruits et sonorités extérieurs dans sa prise en charge. En introduisant dans la séance d'hypnose les différents bruits environnants et les repères visuels, TRM C prépare le patient à toutes interventions possibles provenant de l'extérieur, afin qu'il puisse rester dans la bulle créée ensemble et se rende compte qu'il ne sera pas dans un calme complet. De plus en utilisant le visuel, il est possible de laisser le choix à la personne de regarder ce qu'elle veut, afin qu'elle se sente libre. Il est également important de prendre en compte le pouvoir des négations, car en les utilisant on crée des suggestions indirectes qui sont l'inverse de ce qui est souhaité, en disant « n'ayez pas peur », on risque de créer de la peur chez le patient.</p> <p>Aujourd'hui la démarche est la suivante. Les secrétaires ou des médecins appellent TRM C pour lui dire qu'un patient est intéressé à faire de l'hypnose ou qu'un examen doit se faire sous hypnose pour réussir.</p>	<p>rôle et une image à donner »(TRM D - 00 :46 :03) « mais quand même, dans un hôpital le patient c'est le clocher du village entre guillemets et il faut que tu en prennes soin » (00 :47 :57, TRM D)</p> <p>Le fait de se présenter au patient rentre dans la conversation thérapeutique et dans la création du lien. Pour TRM D il existe un lien corps-esprit, mais il y a aussi un lien de communication avec les gens et c'est là que la présentation est importante pour rentrer dans le processus.</p>
---	--	---	--

		<p>Ensuite TRM C décide d'appeler personnellement le patient pour vérifier ce qu'il en est, les connaissances qu'il a de l'hypnose, si c'est son souhait personnel ou si ça provient de la famille, voire du médecin. TRM C pose également des questions concernant l'examen IRM qui a peut-être échoué auparavant et les raisons de l'échec, ceci pour pouvoir orienter et adapter la prise en charge. Si TRM C décide qu'un entretien doit se faire, il sera réalisé 30 min avant l'examen afin de discuter, voire montrer les machines au patient. Puis, une fois le RDV pris avec le patient, TRM C demande l'ajout d'une plage horaire sur son planning pour s'occuper du patient.</p>	
--	--	---	--

Diffusion de l'hypnose et de la communication thérapeutique en radiologie

TRM A	TRM B	TRM C	TRM D
<p>Début des années 2000-2010, il n'y avait pas de possibilité de se former à l'Hôpital pour TRM A, c'est en 2014 que TRM A a effectué le CAS Art et Technique Hypnotique en Valais sur 2 ans, avec le soutien de l'institution. Les choses avancent progressivement, l'hôpital, HUG, a lancé depuis peu la campagne de la communication thérapeutique. Tous les TRMs du service de radio-oncologie ont été formés à la communication thérapeutique. Des patients</p>	<p>TRM B a fait une formation qui lui a permis d'avoir des clés pour la conversation thérapeutique afin d'apprendre à parler différemment. Par ailleurs, il a reçu une formation sur l'hypnose conversationnelle et formelle. De ce fait, la communication thérapeutique est intégrée à son fonctionnement de soignante et sa façon de travailler en salle a influencé celle de ses collègues qui maintenant se présentent aussi en utilisant des mots positifs. En voyant que la méthode utilisée par TRM B</p>	<p>TRM C a réalisé des formations à l'interne et à l'extérieur des HUG. Quand TRM C a présenté son projet, il n'y avait pas de projet hypnose aux HUG. Le projet hypnose aux HUG a démarré il y a 2 ans et TRM C était dans les premiers à le pratiquer en radiologie. Le projet est chapeauté par des médecins, ce qui permet d'avoir des directives générales, le souci est qu'ils n'ont pas forcément les connaissances de ce dont la radiologie a besoin. Donc TRM C a</p>	<p>Il faudrait former les personnes à l'hypnose en mettant certaines barrières afin de faire attention aux possibles déviations et ne pas se faire emporter par la mode du moment. C'est pourquoi, TRM D préconise une étude poussée des dossiers volontaires, afin d'analyser les motivations et d'éliminer les personnes malveillantes, pour être sûr de former les gens correctement. Pour TRM D, l'objectif principal de faire un cours optionnel sur l'hypnose</p>

<p>demandent une prise en charge hypnotique après en avoir entendu parler. Le bouche à oreille fonctionne bien.</p> <p>La communication thérapeutique est la communication basique, mais avec l'utilisation de mots ou formules différentes de celles utilisées d'habitude. Il y a des traits de langage à bannir pour la communication thérapeutique, il faut pratiquer et oser, car le langage utilisé n'est pas habituel et en l'utilisant on peut s'apercevoir des réactions des patients et l'adapter au fil du temps.</p> <p>La conversation thérapeutique permet aux soignants d'aller dans un sens commun, c'est est une bonne chose et les gens qui l'utilisent en sont persuadés, en l'utilisant ils se rendent compte que c'est quelque chose de logique et facile pour se mettre en lien avec le patient.</p> <p>Le centre de radio-oncologie est devenu un centre pilote pour l'hypnose. Le temps pour la prise du patient est pour le moment suffisant et le temps donné à la simulation virtuelle est suffisant pour intégrer la communication thérapeutique. Des formulaires sont à remplir lors de l'utilisation de l'hypnose, afin qu'ils soient reliés au DPI.</p> <p>Pour ne pas casser une communication thérapeutique, il faut travailler en équipe et ne pas répéter/superposer les différentes explications qui donnent les mêmes</p>	<p>est efficace, les collègues se sont approprié ces outils. Toute l'équipe a été impliquée et apprécie cette manière de travailler.</p> <p>TRM B a pu constater que ceci n'est pas inné, mais est un apprentissage que l'on acquiert avec l'expérience et l'habitude de le faire. C'est pourquoi, il faut oser raconter des histoires, se lancer et ne pas se poser de question, ne pas avoir peur du ridicule, parce que souvent ça marche. « Si c'est efficace, c'est ce qui compte. » (TRM B - 00:35:10).</p> <p>L'utilisation de l'hypnose a permis de donner du sens aussi auprès des personnes âgées qui sont considérées comme les moins intéressantes, les moins techniques. Le patient est inclus totalement dans la prise en charge et il est partenaire avec le TRM. C'est ainsi que TRM B imagine que c'est un apprentissage à proposer lors des formations théoriques, sous la forme d'un jeu de rôle à mettre en place pendant les TP sans nécessité d'évaluation.</p> <p>« il y a pas d'âge pour changer et pour faire mieux, évoluer » (TRM B - 01:11:24)</p>	<p>créé sa propre démarche tout en étant supervisé par les médecins ce qui permet un échange et des conseils pour la pratique. Cette supervision par un sénior, permet de s'assurer que notre pratique est correcte. Ce qui permet d'être en accord avec son temps et de penser au fait qu'il existe un certain fantasme de nos jours qui est que « n'importe quel type peut faire faire n'importe quoi à n'importe qui. » (TRM C - 00:47:30). C'est pour cela que TRM C travaille toujours avec une porte entrouverte ou des rideaux entrouverts et une supervision, afin d'éviter toute ambiguïté.</p> <p>Sur environ 40 patients qu'il a accompagné ces 2 ans, il a pratiqué l'hypnose formelle sur environ 15 d'entre eux. Les retours des patients ayant eu une prise en charge hypnotique sont très valorisants, par conséquent le TRM peut se féliciter d'avoir effectué correctement son travail. Donc il travaille dans une certaine dynamique afin que les patients puissent accéder à une technique difficile telle que l'IRM par le biais de l'hypnose. Cela permet aussi au TRM « de s'éclater dans son boulot » (TRM C - 00:12:42). Dans sa pratique, TRM C a remarqué qu'en l'observant, l'équipe travaillant avec lui a remarqué qu'il a une façon de parler différente d'eux. En effet, il a été sensibilisé à ça et a travaillé dessus</p>	<p>était l'amélioration de la prise en charge, afin de mieux gérer le stress et pour finir, il a suivi toute la formation d'hypnose jusqu'à devenir thérapeute. De ce fait, il a essayé d'intégrer l'hypnose à la prise en charge de la MN, mais c'est compliqué en raison, principalement, de la radioprotection. En effet, les patients émettent et si on prend le PET, les TRMs dépasseraient certainement les doses autorisées en restant vers le patient. De plus, l'information au patient manquait ou était donnée trop tard ce qui limitait la pratique dans le temps en engendrant des retards sur le workflow. Par ailleurs, avec les médicaments comme le « midazolam », la facilité de l'utilisation et la rapidité des effets étaient souvent préférées.</p> <p>Ce que TRM D trouve bien, c'est que tout le monde à l'hôpital fasse le niveau un, la conversation thérapeutique, afin que le discours change et que les patients aient moins peur et soient plus rassurés. De cette façon cela pourrait également réapprendre aux soignants à prendre en charge, dans la façon d'aller vers quelqu'un. Il existe des centres en France qui ont mis en place une prise en charge avec de la conversation thérapeutique qui débute dès le secrétariat et qui se termine à la fin de l'examen.</p> <p>Les médecines complémentaires comme l'hypnose sont des éléments ancestraux</p>
---	--	--	--

<p>informations, donc tout le monde doit être sur la même longueur d'onde. Dans le futur, la communication thérapeutique serait utilisée par tous les soignants des HUG et l'hypnose serait une prestation complémentaire et TRM A est persuadé que dans 10-20 ans la communication thérapeutique sera totalement intégrée avec l'utilisation des termes spécifiques entre les soignants et les patients, de même que l'hypnose sera complètement intégrée à la prise en charge des patients. Pour TRM A la conversation thérapeutique est une approche qui va permettre de répondre à une qualité de prise en charge du patient. La conversation thérapeutique pourrait être intégrée de manière plus pratique à la formation TRM</p>		<p>pour que les termes employés soient moins robotisés et plus positifs. Par conséquent, l'hypnose engendre des discussions avec les collègues, avec des personnes qu'on n'aurait jamais rencontrées auparavant. Ces discussions peuvent changer notre vision des choses. Mais il existe un risque dans la pratique de l'hypnose pour le TRM: « ce n'est pas ne pas laisser la thérapie prendre le dessus, c'est ne pas rentrer dans un domaine qui n'est pas le tien » (TRM C - 00:12:49). L'utilisation de l'hypnose se fait de manière transversale, c'est-à-dire qu'il y a les collègues qui effectuent leurs examens, la hiérarchie technique et médicale qui doivent être prises en compte lors d'une hypnose. Afin que tous soient inclus et qu'ils sachent ce qui est fait et pourquoi cela est fait de cette manière. C'est pourquoi TRM C essaie d'optimiser l'organisation dans le service afin que la demande en hypnose, demandeuse en énergie pour le TRM, ne soit pas trop lourde, car il utilise cette méthode en plus de ses tâches de technicien. TRM C effectue un rapport post-entretien qui permet aux divers intervenants de pratiquer une séance adaptée aux besoins du patient et mieux s'organiser entre eux pour mieux organiser la séance. Il y a donc un travail commun, une réflexion commune et une</p>	<p>redevenus à la mode, car nous nous sommes rendu compte que cela pouvait aider la médecine d'aujourd'hui et qu'une combinaison de tout pourrait être profitable pour nous et les patients. Une prise en charge existe en France où les patients sont pris en charge avec des termes hypnotiques de l'accueil jusqu'à la fin de l'examen. Une prise en charge comme celle faite en France, remet en question chaque corps de métier, car si à l'accueil du patient, au secrétariat, la prise en charge n'est pas adéquate, le patient n'aura qu'une envie c'est de partir et aura une mauvaise vision de l'hôpital. TRM D pratique de l'hypnose thérapeutique et non clinique comme l'hôpital le fait. Sa vision de former une partie du personnel à la conversation thérapeutique, n'est pas négative, car elle ne prend pas de temps dans la pratique, TRM D l'utilise tout le temps sans même s'en rendre compte.</p> <p>Pour faire une séance d'hypnose respectueuse du patient, il faut une transe pour amener l'hypnose qui dure 20 minutes minimum. Ce temps est important pour TRM D afin de respecter le patient. De plus, les explications de l'hypnose et la discussion avant de rentrer dans la transe sont importantes et il faut prendre le temps. Pour les deux pratiques il faut travailler et appliquer souvent pour avoir un automatisme.</p>
--	--	---	--

		<p>meilleure communication entre les professions.</p> <p>Aux HUG, la communication thérapeutique est une formation de deux jours, ouverte aux volontaires et non volontaires, elle peut aider à améliorer et sensibiliser la communication du personnel au fait que l'inconscient n'entend pas les formules négatives et que par conséquent il y a un réel travail à faire dessus. Le projet institutionnel est de former tous les TRM à ce premier niveau de formation. Selon TRM C, il est nécessaire qu'un TRM ayant suivi ces deux jours soit en contact avec des personnes qui pratiquent l'hypnose afin d'avoir un retour. Ceci lui permettra aussi de se remettre en question et de se rendre compte que ses relations (avec les patients, la famille et les collègues) changent et s'améliorent grâce à cet outil.</p> <p>Aux HUG, le cadre de travail est axé sur l'hypnose clinique avec un cahier des charges spécifique et certaines indications significatives. Les niveaux 1 et 2 sont accessibles aux TRM et le niveau 3 est ouvert aux médecins. Par ailleurs un CAS vient d'être ouvert en Valais pour l'hypnose. Pour le futur, l'hypnose et la conversation thérapeutique ne seront pas éliminées de la radiologie. Et certaines choses (pas encore</p>	<p>L'hypnose et la conversation thérapeutique sont liées. TRM D : « C'est lié, tu ne peux pas faire l'un sans l'autre » (TRM C- 00 :17 :03)</p>
--	--	--	---

		rendues publiques) se mettent en place.	
--	--	---	--

Evaluation de l'état du patient par le TRM

TRM A	TRM B	TRM C	TRM D
<p>Il est important de se mettre d'égal à égal avec le patient, la discussion permet de faire en sorte que le courant passe, le patient doit être à la même hauteur que le soignant, il ne doit pas sentir la différence d'autorité. Prendre le temps est important. Les patients venant en radiothérapie sont dans une transe négative. Certains patients vont masquer leur anxiété et prendre sur eux pour effectuer ce qu'on leur demande, mais certains traits de non verbal montrent leur mal-être. Quand TRM A sent que le patient n'est pas bien, il va vers lui et lui demande ce qu'il peut faire pour améliorer son confort en parlant au patient de ce qu'il aime afin de nouer le contact. C'est important d'être vigilant sur les petits détails.</p> <p>Des colloques pluridisciplinaires sont effectués, pour orienter les patients afin de savoir s'ils sont candidats à la radiothérapie, la première consultation se fait après cela. C'est lors de cette première consultation qu'avec l'appréciation du médecin et de l'infirmière en fonction de l'état du patient, que l'hypnose lui sera proposée. Après cette première consultation, le</p>	<p>La minute clé commence par la désinfection des mains en arrivant en salle d'attente en observant les patients et leur état. Selon les informations que le TRM possède, il peut évaluer la personne qu'il va prendre en charge en regardant sa posture (fermée ou ouverte). Puis, TRM B se présente pour pouvoir créer une vraie communication et observer l'attitude, la posture (recroquevillée ou position ouverte), le niveau de conscience, le regard et le langage du patient. Cette étape permet de donner des indications sur la posture que le TRM doit adopter. Par exemple, une personne souriante, qui dit bonjour, qui a une poignée de main franche facilitera la communication et indiquera au TRM qu'il a juste à être normal. Mais une personne recroquevillée, qui a du mal à tendre la main ou qui a une démarche difficile, raide ou rapide montre que quelque chose la dérange et que le TRM devra mettre en place une stratégie pour savoir ce qui ne va pas.</p> <p>On ne sait jamais de quoi a peur le patient et ce n'est pas forcément ce à quoi pense le TRM.</p> <p>En IRM, par exemple, on pense que le patient est claustrophobe, mais c'est souvent autre chose qui le préoccupe. C'est pourquoi, la première minute est</p>	<p>Il y a une minute clé dans la salle d'attente, mais aussi une minute clé dans le discours à un moment donné lorsqu'on comprend quelle est la fissure par laquelle, le TRM et le patient pourront rentrer ensemble.</p> <p>Lors de l'accueil des patients, nous ne les connaissons pas, donc le non-verbal, la communication verbale et le "mapping" permettent de créer une cartographie du monde du patient et d'identifier la peur à cet instant, l'environnement dans lequel ils vivent et ce qui peut être réalisé ensemble.</p> <p>De dire au patient « ici c'est okay, c'est okay de se poser une heure » permet au patient de relâcher les tensions, d'ouvrir une porte et le TRM doit rester bienveillant. Lors de la prise en charge, il faut déjà poser les choses, on peut remarquer des éléments perturbateurs grâce au non-verbal. La posture du patient donne une indication principale, le TRM va donc travailler avec le patient afin de gratter avec lui pour faire ressortir ses objectifs et ce qu'il souhaite sur le moment présent, et non sur des problèmes personnels plus poussés.</p>	<p>Quand on dit « Bonjour » à un patient, on sait à qui on a affaire en fonction de sa réponse (bien ou pas), cela va nous permettre de nous adapter, selon TRM D "ton toi naturel il va être mis un peu de côté en fonction de la personne" (TRM D – 00 :13 :24), afin que cela se passe bien, le TRM va s'adapter en fonction du comportement du patient grâce aux différentes facettes qu'il aura lui-même développées.</p>

<p>rendez-vous pour la simulation sera pris. L'hypnose classique est une approche relationnelle avec, dans un premier temps, une anamnèse qui est d'essayer de trouver et d'aller chercher chez le patient une information qui va aider pour la transe, c'est une analyse du langage pour savoir si le patient est plus visuel, auditif ou kinesthésique.</p>	<p>déterminante et commence par de l'observation (On utilise le regard pendant les 30 premières secondes). « j'ai mon bon, je le mets sous mon bras, je suis devant la salle d'attente et je regarde « ça va être lequel le mien » (gestes de désinfection des mains). Ah « Madame Machin, Madame Machin. Bonjour. » Elle a vu que je m'étais nettoyé les mains, ça la rassure ou pas, mais je suis clean ... J'ai regardé, j'ai eu le temps de regarder comment ils étaient, comment ils réagissaient, qui avait le sourire, qui ne l'avait pas et je sais à qui je m'attends. Déjà. » (TRM B - 0:42:34)</p> <p>La prise en charge des patients est importante, le fait de dire bonjour et de regarder la personne lorsqu'on s'adresse à elle permet de la prendre en considération, de la respecter. De plus, il est nécessaire d'avoir une ouverture et une fermeture de la conversation/relation.</p> <p>Pour amener une bonne prise en charge, TRM B dit « bonjour » aux patients en se positionnant face à eux et il se présente. Il utilise tout de suite le vocabulaire rassurant, des mots et une position apaisante en se plaçant à côté de la personne, en souriant et la regardant dans les yeux, ce qui crée et instaure une relation de confiance. TRM B a remarqué que lorsqu'un lien avec un patient a été créé, il ne s'énervait plus contre le TRM. Il est alors plus aisé d'amener le patient là où on veut, lorsque la relation est établie.</p> <p>Le fait que le TRM se présente permet de mettre en</p>	<p>Malgré une posture non verbale verrouillée, le patient est capable de dire sa volonté de réaliser l'examen, d'exprimer son envie et ses besoins.</p> <p>La pratique de l'hypnose s'effectue déjà lors du premier entretien, dès qu'on dit « bonjour » au patient. « Sur un exercice d'hypnose de 2-3 minutes avec le patient, il est possible de voir sa disposition, accueillir ce qu'on allait faire, elle pouvait avoir une réticence » (TRM C - 00:23:22). Cet exercice permet également de savoir ce que la personne veut contrôler pendant la séance. Si le patient vient et qu'il sait que l'hypnose va être réalisée, il aura une prédisposition naturelle.</p> <p>De plus, La ressource patient n'est pas forcément quelque chose de rationnel. Il faut principalement être à son écoute, ne pas insister.</p> <p>TRM C propose de voir les patients qui semblent avoir une difficulté à passer l'IRM ou qui ont des phobies importantes avant l'heure de l'examen, lors d'un entretien de « conditionnement », qui correspond à l'induction en hypnose. Celui-ci permet d'approfondir les exercices et les suggestions, de créer un lien de confiance. Cela signifie de la part du TRM qu'il s'engage à accompagner la personne lors de son examen. Pour ce premier entretien, le patient ne sera plus dans une transe négative ou celle-ci sera diminuée, car</p>	
---	--	---	--

	<p>confiance le patient et l'établissement d'une relation, d'un lien de coopération avec la personne. De plus, si cette présentation est accompagnée d'un sourire et d'un ton de voix bas, la personne en face du TRM adaptera elle aussi cette attitude ou du moins, elle sera plus détendue.</p> <p>Après la minute d'observation, il est important de répondre aux questions des patients et de leur demander ce qu'ils craignent : l'IRM ? Les résultats ? Ou est-ce autre chose qui les préoccupe et c'est ce qu'il faut régler en premier ? Pour continuer la prise en charge, il faut expliquer aux patients la procédure et c'est à ce moment que le TRM peut voir les réactions de la personne, dans son regard, s'il est présent ou absent et s'il va pouvoir nous aider ou non. Cette étape de la prise en charge est importante, car elle permet d'éviter toute complication pendant l'examen. Même si les explications prennent 10 secondes de plus, elles permettent aux patients d'être rassurés.</p>	<p>il connaîtra l'environnement dans lequel il se trouve, ce qui permettra de faire un travail de manière plus tranquille et d'être moins pressé par le temps. Lors de cet accompagnement, le patient peut exprimer ses peurs profondes et des émotions peuvent en sortir, c'est pourquoi, il est important pour TRM C de poser un but, un objectif lors de la prise en charge du patient pour ne pas se perdre dans l'accompagnement.</p> <p>Il ne faut pas se perdre, car le domaine est vaste et il est possible que le patient crée une espèce de relation de dépendance par rapport à un soignant plutôt qu'un autre. Il est important de comprendre que ce premier entretien a pour but de monter le projet avec le patient et de connaître ses objectifs : « C'est vraiment dire à la personne que ça va être un accompagnement, moi je suis là pour l'accompagner et je l'accompagnerai jusqu'à sa sortie d'IRM et je serai là le jour J, pour qu'il ait un fil conducteur, un référent. » (TRM C – 01 :11:03)</p> <p>Si TRM C sent que le patient part, il re-rentre dans la salle d'examen IRM pour revalider les choses et repartir pour une partie d'examen. Un objectif doit être mis en place avec le radiologue également, afin de savoir ce qui est absolument nécessaire de réaliser pour avoir un diagnostic, car les exercices d'hypnose</p>	
--	--	---	--

		<p>peuvent fonctionner pendant 15 min, mais cela ne veut pas dire qu'ils fonctionneront pendant 30 ou 45 min.</p> <p>Lorsque la prise en charge touche à sa fin, il est très important de ramener le patient ici et maintenant. Pour ce faire, il faut travailler sur le corps, l'importance du corps avec quelques exercices et mouvements simples.</p> <p>TRM C doit rendre des rapports et noter dans le DPI ce qui a été demandé, le contexte de la séance, s'il y a eu induction ou non, la description du travail d'hypnose et comment la sortie a été gérée. Il doit également indiquer l'évaluation du patient après l'hypnose, sa propre évaluation et les éventuels besoins supplémentaires dont des conseils pour la suite. Ce rapport permet de ne pas être perdu lors du prochain travail à réaliser auprès du patient.</p>	
--	--	--	--

Construction de l'identité professionnelle des TRMs

TRM A	TRM B	TRM C	TRM D
<p>Les TRMs suivent et sont, d'une certaine manière, éduqués avec la culture infirmière en s'imprégnant un peu de ce que disent les infirmiers aux patients.</p> <p>Les TRMs ont apprécié la formation à la conversation thérapeutique, car en raison de la culture infirmière prédominante, face à l'identité TRM flottante, la formation leur a permis d'adapter leur langage et ils</p>	<p>L'expérience du TRM permet d'utiliser des concepts, des termes adéquats. C'est lors des stages que ces éléments sont donnés et ils seront appliqués aux patients au quotidien, ce qui permet un changement des relations. Cependant, les termes qu'on utilise pour la communication changent avec le temps, car, certains mots appris pendant notre formation qui font partie du</p>	<p>La façon de communiquer n'est pas forcément innée : « on a été formatés dans le négatif ... il y a un certain conformisme ... on te dit ce que tu ne peux pas faire, mais pas forcément ce que tu as le droit de faire. » (TRM C – 00 :13 :41). Le premier pas est de s'interroger sur sa façon de parler, ce qui fait déjà beaucoup. Le non-verbal donne</p>	<p>Pour TRM D, le schéma paternaliste de la blouse blanche n'est plus dans notre société, la vision du patient est changée, maintenant le patient sait, il veut, il est client. Cependant, il faut rester vigilant au risque de la déviance de nous-même, car même si cela est une bonne chose de mettre son "soi naturel" de côté, lors de la prise en charge des</p>

<p>ont trouvé que cela pourrait être une opportunité pour approfondir la culture TRM en utilisant un vocabulaire propre à la profession. Ce qui est important, c'est que lorsque l'on est formé, il faut rester dans son domaine de compétences et ne pas jouer les apprentis sorciers.</p> <p>Les TRMs apprécient l'utilisation de la communication thérapeutique, car la communication avec le patient, fait partie du rôle de TRM.</p> <p>Il y a quelques décennies en arrière, le schéma soignant-soigné était paternaliste, le patient se remettait entre les mains de celui qui avait la blouse blanche, le patient n'était pas acteur. Aujourd'hui le patient devient partenaire, en raison de l'évolution des mentalités et de l'évolution de la société avec l'avancée d'internet et du fait que les gens peuvent avoir accès à l'information très facilement. L'utilisation de l'hypnose et de la conversation thérapeutique suit ce schéma, c'est un ensemble.</p> <p>La communication thérapeutique est notre façon d'être, la gestuelle et les mots qui sont employés, les frontières entre la communication thérapeutique et l'hypnose sont floues</p> <p>«Enfin ce qui est important, c'est que chacun de nous, quand on est formé, c'est de rester dans son domaine de compétences et de ne pas se...on est pas des apprentis sorciers » (TRM A - 00 :38 :57)</p>	<p>langage courant du TRM, vont être modifiés avec l'utilisation de termes positifs (les bons mots). Ce que TRM B a remarqué, c'est que les anciens techniciens avec de l'expérience arrivent à s'en sortir avec les mots dans une situation compliquée, mais ces clés reçues avec la conversation thérapeutique marchent très bien avec les jeunes techniciens qui n'ont pas encore fait leur expérience. Il a d'ailleurs remarqué que pour lui-même, avec l'expérience, il utilise au quotidien des clés comme le regard, le bonjour, serrer la main, afin de créer une vraie relation. Ceci fonctionne en IRM et aussi en Radio. La création d'un lien se fait : il le fait au quotidien dans son fonctionnement. Utiliser l'hypnose a permis à TRM B de redonner du sens et du plaisir à son travail, en mettant le côté soignant plus en avant.</p> <p>On croit que ces éléments (façon de parler, empathie) sont innés parce qu'on est soignant ou qu'on a envie de faire ce métier, donc on se considère comme des gens généreux, mais ce n'est pas le cas et on pourrait apprendre aux étudiants soignants à parler aux patients. Les TRM ont tous des sensibilités différentes et les étudiants apprennent par mimétisme. On n'apprend pas à expliquer, on reprend des mots. Donc on est les mal-vus des soignants, car on n'apprend pas à être soignant. Si on apprenait et on se concentrait sur le rôle soignant, les patients seraient plus rassurés, auraient moins d'appréhension à venir en</p>	<p>beaucoup d'informations et la pratique de l'hypnose a permis à TRM C de dépasser le contact technicien, qui aurait vite irrité, pour s'occuper de patients difficiles et rester dans le positif. Cependant cette pratique est très énergivore.</p> <p>Au départ, le TRM HUG fait la formation sur la communication thérapeutique (2 jours) à titre professionnel. TRM C affirme que cette formation apporte énormément aussi à titre individuel, personnel. TRM C était le seul en radiologie avec TRM A en radio-oncologie à pratiquer l'hypnose chez les TRM. Il a également participé à des interventions avec les infirmiers face auxquels il a pu défendre ses idées, montrer de l'intérêt pour l'introduction de l'hypnose au sein de la radiologie. L'hypnose est un ajout ayant une dimension humaine au métier de base de technicien. Mais pour TRM C, cette pratique est comme une hygiène de vie puisqu'on l'utilise au quotidien ça viendra naturellement. Mais, il est important d'avoir de la souplesse envers soi-même en hypnose. On recherche une modification de l'état de conscience, même superficielle, de la part du patient. C'est un travail de la part du TRM et aussi une envie de pratiquer, liée à son objectif.</p> <p>Le TRM peut parfois se sentir frustré de ne pas</p>	<p>patients, il faut garder un respect de soi-même et savoir se mettre des limites.</p> <p>Malgré le fait que le mot "technicien à l'imagerie" restreint à la technicité, il ne faut pas oublier d'où on vient et le côté humain et empathique de notre métier, même si, au fil des années, nous pouvons développer une certaine agressivité, une assurance ou trop de confiance qui risquerait d'engendrer une diminution de respect de la personne qui vient se faire soigner. Il faut donc être toujours vigilant et avoir du recul dans sa pratique en observant ses collègues et son travail. Il est important de garder sa réflexivité, afin de pouvoir se remettre en question et continuer à savoir pourquoi on fait les choses dans notre métier. De plus, l'empathie doit être présente pour une bonne prise en charge d'un TRM et c'est avec elle que la conversation hypno thérapeutique pourra se combiner et c'est avec elle que le TRM aura une prise en charge, un accueil plus soignant et moins basé sur la technique.</p> <p>Cependant, le TRM est souvent mis de côté par rapport aux autres métiers de la santé. TRM D a pu le constater lors d'un congrès où une nouvelle loi est sortie et les TRMs ont été mis de côté parce que ce n'était pas une profession qui pouvait être indépendante. Donc qu'est-ce que cela veut dire ?</p>
---	---	--	---

	<p>radio, car on a la réputation de leur faire du mal. De plus, si on fait des efforts de communication auprès des patients, on est satisfait et eux aussi.</p> <p>Ne pas avoir peur d'être ridicule devant ses collègues et il faut être indulgent avec soi et se remettre en question, mais aussi reconnaître ses limites et passer la main à un collègue lorsque c'est nécessaire. Car si on retient la leçon, c'est tout bénéfique et on fera mieux après. Sinon on ne progresse pas. « De chaque erreur – mais ça c'est pour tout – qu'est-ce que je me suis trompé ? ok je me suis trompé, c'est fait, on ne rechange pas le passé. Qu'est-ce que je peux faire mieux après ? Cette relation elle a loupé : pourquoi ? Je ferai mieux après, ou pas. Enfin si ça se reproduit, qu'est-ce que je ferai comme solution ? » (TRM B – 00 :59:59).</p> <p>Le technicien en radiologie médicale a deux casquettes : le rôle de technicien technique et celui de soignant. Et on a tous l'un plus que l'autre. C'est le TRM le seul responsable de son débit de travail, car c'est à lui d'accepter ou non de délaissier le rôle de soignant pour être un bon technicien techniquement. Mais on est des soignants aussi et cela s'apprend.</p> <p>« il y a pas d'âge pour changer et pour faire mieux, évoluer » (TRM B – 01 :11:24)</p> <p>Les bénéfices que reçoit TRM B en utilisant la communication thérapeutique sont ressentis tout le temps : au travail comme dans sa vie privée,</p>	<p>aller plus loin dans la prise en charge hypnotique du patient, mais cela ne doit pas influencer son travail. Car le TRM n'est pas là pour gérer ses frustrations, mais pour accompagner la personne avec un grain de sable qu'elle a dans la chaussure. C'est pourquoi, il faut que le TRM enlève tout problème d'égo lors d'une pratique de l'hypnose. L'ego est présent, car il est important d'avoir l'envie de réaliser un projet et de se réaliser dans quelque chose de différent, mais il faut vraiment être à l'écoute de ce que le patient nous livre. Il est primordial de comprendre que faire de l'hypnose ne veut pas dire qu'on est des magiciens.</p> <p>La pratique de l'hypnose n'étant pas acceptée de tous, des remarques peuvent survenir et souvent, le TRM est noyé dans son coin lorsqu'il réalise une séance d'hypnose. Il est donc important que cela soit vu et compris pour que la méthode soit reconnue. TRM C affirme qu'il « faut dire que tu crois en ce que tu fais et puis tu penses que c'est un bon accompagnement et que tu continues dans cette lignée-là, quelles que soient les critiques où les remarques, par contre si on te fait des remarques positives, parce que les gens ont envie de comprendre, ben là je me rends disponible et je donne de l'informations. » (TRM C – 00 :46:43).</p>	<p>Que le TRM est un sous-traitant du médecin ? Mais les infirmières également, c'est juste que les médicaments utilisés ne sont pas les mêmes que dans le monde infirmier. C'est important de comprendre que le regard des autres professions sur la profession TRM est une chose, mais que c'est à nous de la transformer en montrant que l'on sait prendre en charge les patients et que lorsqu'ils retournent dans les unités, il faut qu'ils aient une bonne vision de la radiologie.</p>
--	---	---	--

	<p>auprès de ses enfants. Voici les techniques/outils qu'il utilise au quotidien : l'accueil, le bonjour, faire diversion, l'humour, et le contact – toucher. Il a pu constater qu'il ressent du bénéfice d'établir une bonne relation et si la situation d'un patient doit la toucher, il la touche, car on s'identifie à certaines personnes et cela est naturel. Grâce à l'utilisation des outils de l'hypnose et de la conversation thérapeutique, TRM B voit chaque patient individuellement et non plus seulement ses os, comme précédemment. Maintenant il s'adapte à la personne et c'est aussi un plaisir, un plaisir de discuter avec le patient.</p> <p>« Comme sur une vraie hypnose formelle, on dit toujours qu'il faut les ramener à nous : « Sortez de cette hypnose, vous prenez conscience, vous reprenez, vous sentez la table qui est sous vous, vous entendez ma voix plus clairement » ou je ne sais... enfin... Et tu les fais sortir. Voilà tu dis « Bonjour », tu dis « Au revoir », en regardant les gens dans les yeux et c'est tout, en serrant la main. » (TRM B – 00 :42:34)</p>	<p>« Justement d'où l'intérêt de pratiquer, de pouvoir rebondir, de ne pas se précipiter et puis le jour où effectivement tu n'es pas disposé, ne pas faire. Il faut s'autoriser et connaître ses limites, cela apprend la modestie et à être un peu humble. Soyez souple avec vous-même pour être souple avec les autres. » (TRM C – 01:15:40)</p>	
--	--	---	--

Indications à l'utilisation de l'hypnose et de la communication thérapeutique

TRM A	TRM B	TRM C	TRM D
Des patients dans des tranches négatives, ne sont pas réceptifs à l'hypnose, ce sont souvent des patients ayant des douleurs qui atteignent un haut seuil et ils sont en dehors de leur	L'utilisation de la conversation thérapeutique peut se faire lors d'un transfert, ce qui permet d'éviter les cris du patient, mais aussi lorsque le but est que le patient ne bouge pas,	Il y a 2 types de patients : - Stress léger d'un examen - Angoisse (pas forcément la claustrophobie) car il est dans un environnement nouveau, dans un hôpital, le patient a peur du	TRM D utilise les outils qu'on lui a fournis durant sa formation pour calmer les gens, avec la conversationnelle. À force de l'utiliser, TRM D ne s'en rend plus compte,

<p>pensée, de telle façon qu'ils n'arrivent pas à penser de manière critique. Donc avant d'entamer quelque chose, il faut les ramener au-dessous de ce seuil, pour qu'ils puissent retrouver leur propre jugement critique.</p> <p>Pour des patients très douloureux, il faut faire progressivement une communication thérapeutique et les amener graduellement vers du mieux-être par des techniques hypnotiques. L'hypnose n'est pas utilisée pour supprimer la douleur, mais pour modifier le seuil de cette douleur, afin de la rendre supportable.</p> <p>L'utilisation de la conversation thérapeutique et de l'hypnose permettent d'apaiser l'angoisse, le stress et les phobies, comme la claustrophobie ou l'agoraphobie.</p> <p>Lors de la simulation, TRM A commence toujours par la conversation thérapeutique avec les patients qui lui ont été proposés. La communication thérapeutique, permet de désamorcer et de créer un lien avec le patient en utilisant un langage spécifique pour se mettre à son niveau.</p> <p>L'hypnose permet aux patients d'aller dans un espace de sécurité là où il y a du confort. Tout le monde, à des moments ou des situations quotidiennes durant lesquelles nous sommes dans des transe-hypnotiques. Donc la limite entre l'hypnose et la réalité est très flottante.</p>	<p>que le patient collabore pour avoir ce dont on a besoin à la fin de l'examen.</p> <p>On peut faire de l'hypnose pour une personne angoissée, le patient est emmené là où on veut pour arriver à faire un examen de bonne qualité pour lui.</p> <p>On repère la source de peur, de stress et on y répond. C'est souvent plus simple de reporter l'examen, de trouver une solution, de leur expliquer la situation que de faire l'examen tout de suite dans de mauvaises conditions. Il ne faut pas juger la raison de leur colère/peur/stress, mais plutôt de trouver une solution. On ne sait pas ce que le patient endure, mais on entend. Il suffit de dire « J'entends ».</p> <p>En disant « J'entends », on reconnaît le problème, la douleur. Et on peut proposer notre aide pour trouver une solution.</p> <p>Parfois lorsque les gens ne montrent aucun problème, c'est lors de l'installation dans l'IRM que TRM B prête une attention particulière à leurs yeux. Il voit alors qu'ils partent sur le côté et dans tous les sens, ils s'ouvrent, ils se ferment et il sent que cela ne va pas. Donc il va récupérer le patient avec des termes apaisants afin de ne pas le laisser entrer dans le tunnel si il voit que le patient n'est pas avec lui.</p> <p>L'utilisation de l'hypnose : « C'est du jeu. » (TRM B – 00 :37 :39) Il faut modifier son langage, ses expressions dites en le prenant comme un jeu et se demander ce qu'on peut dire à la place de (...). C'est du jeu, de la pratique.</p>	<p>diagnostic, Ceci est appelé la trans négative lors des formations HUG : le patient n'est pas dans son état normal.</p> <p>Les patients paniqués sont une indication à l'hypnose et il faut oser proposer cette alternative lorsqu'on se rend compte que l'examen ne pourra pas être réalisé avec un patient dans un état compliqué.</p> <p>L'hypnose et la conversation thérapeutique peuvent être utilisées pour atteindre un objectif commun au patient et au TRM qui est la réussite de l'examen.</p> <p>Le premier entretien programmé à l'avance, avant l'examen IRM, se réalise souvent pour des phobies importantes. De plus, il est important de savoir se limiter à ce qui est possible pour la personne, en fonction de ses ressources, ses besoins et le diagnostic. On a besoin de souplesse.</p> <p>A un moment donné, un discours hypnotique se crée, c'est-à-dire que le discours est long donc on décroche et on part ailleurs : on montre des signes particuliers lorsqu'on décroche. → même procédé pour la trans hypnotique. En créant ce discours hypnotique, le patient est concentré sur la voix de TRM C. et il stimule son attention pour ensuite recréer la concentration afin que le patient soit avec le TRM pendant la réalisation de l'examen et pour créer le lien en induisant une bulle. Tout</p>	<p>cette pratique fait partie de son langage, sa façon de parler est changée, au lieu de dire « ne vous inquiétez pas », il dit « rassurez-vous » ou « je vais vous piquer », « on va mettre une voie veineuse ». Il n'utilise plus des mots qui vont engendrer des images négatives dans l'inconscient des gens. L'hypnose est beaucoup plus difficilement utilisable en MN, en raison du temps, workflow et en termes de radioprotection, car il faut être proche du patient et l'alternative du micro n'est pas idéale pour TRM D, de plus la décroissance des radiotraceurs qui sont la clé de la réussite des examens en MN est à prendre en compte, donc la solution la plus rapide est « les deux push dans le nez »</p> <p>Lorsque l'on commence à pratiquer la conversation thérapeutique, il faut changer les termes et les mots qu'on utilise et cela demande une certaine discipline. Mais avec le temps, les mots et les termes sont intégrés et on ne s'en rend plus compte. On les adapte aux patients et ces outils s'appliquent également à la vie de tous les jours.</p> <p>Erikson a dit que tout le monde est hypnotisable, ce que TRM D a pu observer, encore plus chez les personnes qui disaient qu'elles ne l'étaient pas, mais ce qui est important c'est la manière dont la pratique va être amenée au patient. Cela serait idéal que l'utilisation de l'hypnose et de la</p>
--	--	--	---

<p>L'utilisation de l'hypnose ne peut pas être faite de manière rigoureuse, en utilisant les canevas carrés de la théorie. Il faut y aller petit à petit selon TRM A, être présent pour le patient. Le TRM accompagne une personne à entrer en état d'hypnose. Une personne n'ayant pas envie d'être hypnotisée ne pourra pas l'être, cependant, si elle est coopérante, cela se passera bien. Mais il faut être disponible et emmener le patient tranquillement vers le lieu où il a envie d'aller. Les praticiens sont des accompagnants, des guides de parole et lorsque les patients sont vraiment en état de transe, ils peuvent être laissés, ils n'ont besoin de rien.</p> <p>L'état de transe est être ailleurs, on se sent bien, mais on n'est pas concentré sur ce qui se passe, on entend mais on est ailleurs. Donc la transe utilisée de manière officielle permet de pouvoir exploiter cette fluctuation de consciences pour continuer à se sentir bien et à laisser les choses aller et ressentir tout ce qui se passe depuis les orteils jusqu'au bout des cheveux.</p>	<p>« Sur des enfants, c'est quelque chose qu'on va faire spontanément, avoir cette bienveillance, avoir ce jeu. » (TRM B – 00:46 :37)</p> <p>L'hypnose commence toujours par une communication thérapeutique ou conversation thérapeutique qui est de l'hypnose conversationnelle, l'un va avec l'autre. Pour TRM B, cette méthode fonctionne par le regard, le toucher et les mots positifs, il n'a plus fait d'hypnose formelle depuis longtemps.</p> <p>L'hypnose correspond à emmener quelqu'un quelque part et lors de cette pratique, l'esprit critique est là, l'esprit conscient est là, mais porté sur autre chose. On porte l'attention de la personne sur quelque chose qu'elle aime, une activité favorite, une occupation. On n'a pas forcément besoin de plonger la personne dans vraie hypnose profonde. Cependant, il faut visualiser ce qu'on dit sans être trop précis pour que le patient puisse visualiser les choses comme il veut. Il faut également croire à ce qu'on dit, car si on n'y croit pas, notre intonation change et l'hypnotisé le ressent donc il ne croit pas à notre histoire et décroche.</p> <p>La prise en charge ne change pas d'un patient ordinaire, même en ce qui concerne la conversation thérapeutique. On ne réussira pas à mettre sous hypnose une personne démente ou refusant catégoriquement l'examen, car quelqu'un qui est déterminé à sa conscience trop présente pour arriver à faire diversion. Mais il est</p>	<p>ceci permet d'augmenter les chances de bons résultats d'imagerie. Ces exercices permettent aussi d'augmenter la concentration de la personne sur quelque chose de particulier.</p> <p>Le souci en IRM sont les champs magnétiques et le bruit, car le TRM ne peut pas se soumettre aux champs pendant trois quarts d'heure et il ne pourra pas parler tout le temps, en raison du bruit. Donc il est important d'amener suffisamment de ressources à la personne pour qu'elle se sente presque autonome le plus longtemps possible. Avec l'hypnose il faut aller au diagnostic, donc les images doivent être diagnostiques.</p> <p>L'hypnose clinique réalisée aux HUG est en lien avec un acte et non utilisée pour soigner des traumatismes qui nécessitent une psychanalyse. Les bénéfices tirés d'une séance d'hypnose clinique peuvent être pris par le patient, mais les soignants ne sont pas formés pour rentrer dans le cadre thérapeutique.</p> <p>La conversation thérapeutique est une conversation « améliorée, optimisée, plutôt bienveillante, basée sur une écoute active, d'observation du verbal, non-verbal ». (TRM C – 00:03:16). Dans 70 à 80% des cas, l'hypnose conversationnelle est suffisante en radiologie, en particulier en IRM.</p>	<p>conversation thérapeutique remonte jusque dans la hiérarchie, afin que les équipes fonctionnent bien entre elles et avec le patient, car si le collaborateur doit bien s'exprimer avec le patient, la hiérarchie doit bien s'exprimer avec le collaborateur. Pour TRM D c'est un peu comme l'effet domino.</p>
---	--	--	---

	<p>possible de mettre sous hypnose quelqu'un qui a des doutes. C'est un travail à deux : le patient et le TRM qui est l'hypnotiseur. « je sens bien que ce n'est pas facile, mais vous savez que vous devez le faire, que c'est important pour vous. Alors je vais vous aider. On va y arriver. Soyez rassuré. On est ensemble. » (TRM B – 00 :51:10)</p>	<p>Au contraire de l'hypnose formelle qui est un état entre l'éveil et le sommeil, un état de conscience modifiée et qui est utilisée uniquement dans certains cas, on utilisera des méthodes d'induction qui permettent de créer un état d'hypnose propice à des suggestions en lien avec un objectif. L'hypnose profonde n'est pas forcément utile, car certains patients « s'approfondissent tous seuls », en s'endormant. L'endormissement n'est pas le but recherché, même si cela ne gêne pas en IRM sauf si le patient commence à bouger.</p> <p>La limite entre l'hypnose clinique et l'hypnose thérapeutique se trouve avec l'expérience. C'est essentiel de savoir pourquoi on fait les choses et connaître les objectifs, il faut savoir séparer l'hypnose thérapeutique de l'hypnose clinique réalisée à l'hôpital : on doit accompagner le patient pendant le soin uniquement. Puis, si nécessaire, on peut conseiller un professionnel externe si le patient souhaite travailler sur un élément particulier en lien avec la pratique de l'hypnose.</p> <p>TRM C pratique de l'hypnose Ericksonienne où l'idée principale est de travailler pour le patient avec ses ressources et de pouvoir les utiliser pour que lui-même puisse aller à l'endroit où il souhaite. Le TRM est un médiateur, un guide, un facilitateur dans la démarche.</p>	
--	---	---	--

Règlement sur les professions de la santé K 3 02.01

(RPS) du 30 mai 2018 (Entrée en vigueur : 6 juin 2018)

Chapitre XIX Techniciens en radiologie médicale

Art. 78 Titre

L'exercice de la profession de technicien en radiologie médicale est réservé aux titulaires des diplômes de technicien en radiologie médicale délivrés par une école suisse ou étrangère, reconnus par l'autorité fédérale compétente.

Art. 79 Droits

¹ La profession de technicien en radiologie médicale **ne peut être exercée qu'à titre dépendant sous la responsabilité d'un médecin inscrit.**

² Sous réserve des dispositions de la loi et de ses règlements, et dans les limites des compétences attestées par leur diplôme, les techniciens en radiologie médicale inscrits ont le droit :

- a) de documenter et de procurer aux médecins les informations nécessaires pour établir un diagnostic (images, acquisition de données anatomophysiologiques diverses);
- b) de réaliser de manière autonome ou en collaboration avec le médecin, les examens et les traitements en radiologie médicale (radiodiagnostic, médecine nucléaire, radio-oncologie);
- c) de participer à la prise en charge efficace du patient, en s'adaptant aux diverses situations (urgences, milieu stérile, pédiatrie, radioprotection, etc.) afin de réaliser les examens et les traitements dans les meilleures conditions possibles.

Formulaire de consentement éclairé et libre

La loi fédérale sur la protection des données (LPD) du 19 juin 1992, protège la personnalité et les droits fondamentaux des personnes qui font l'objet d'un traitement de données (art.1).

Dans le cadre de leur formation et de la réalisation de leur travail de bachelor, les étudiant-e-s de la Haute école de santé de Genève sont appelé-e-s à travailler avec des données personnelles et sensibles qui touchent à la santé et/ou à la sphère privée des personnes interrogées.

En référence à la LPD, les personnes doivent donner leur consentement libre et éclairé par écrit pour la récolte et le traitement anonyme des données les concernant.

Ainsi, la personne soussignée :

- certifie avoir été informée sur les objectifs et la procédure de l'étude (feuille d'information) ;
- affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies, informations à propos desquelles elle a pu poser toutes les questions qu'elle souhaitait ;
- atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé ;
- a été informée qu'elle pouvait interrompre à tout instant sa participation à cette étude sans préjudice d'aucune sorte ;
- consent à ce que les données recueillies pendant l'étude puissent être transmises à des personnes extérieures, elles-mêmes tenues de respecter la confidentialité de ces informations.

Madame / Monsieur

Nom :

Prénom :

autorise l'étudiant-e ou les étudiants

Nom : Aviolat

Prénom : Justine

Nom : Beau

Prénom : Magaly

Nom : Mora

Prénom : Alessia

à travailler avec les données sensibles qu'il-elle-s lui-leur a livré.

Fait à

le

Signature de la personne concernée :

Informations pour les personnes participant au travail de bachelor (TB)

Feuillet d'information à transmettre lors des interviews et à joindre à la lettre pour les directions.

Dans le cadre de notre travail de Bachelor, nous nous interrogeons sur l'utilisation de l'hypnose et de la communication thérapeutique en radiologie médicale. En effet, la pratique de l'hypnose et de la communication thérapeutique est de plus en plus proposée aux patients, en particulier aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Par conséquent, nous souhaiterions connaître les buts de ces pratiques, ses applications et comment cela a influencé la pratique du technicien en radiologie médicale (TRM). Afin de documenter notre travail il nous semble important d'interroger des TRMs pratiquant l'hypnose et la communication thérapeutique au sein des HUG.

Nous vous proposons un entretien d'environ 1 heure. Celui-ci sera enregistré puis transcrit afin de nous assurer de ne pas déformer vos propos. Les données seront effacées une fois le TB validé.

Ces données resteront confidentielles et seront rendues anonymes. Si cette étude donne lieu à une publication scientifique, nous garantissons qu'il sera impossible d'identifier les participants-es.

Même si vous acceptez de participer dans un premier temps, vous restez libre de vous retirer de l'étude à tout moment ou de ne pas répondre à certaines questions sans avoir à nous donner de raisons.

À tout moment, vous pouvez vous adresser aux personnes ci-dessous afin d'obtenir des informations supplémentaires.

Le-les étudiant-e-s soussigné-e-s s'engagent à respecter la confidentialité des informations recueillies.

Nom de-des étudiant-e-s :

Nom du Directeur-trice du travail de bachelor

Aviolat Justine

Seferdjeli Laurence

Beau Magaly

Mora Alessia

HEdS – Haute école de santé Genève
47, avenue de Champel
1206 Genève
Tel. : 022 388.56.00

Bibliographie

- Art. 15 et 16 de la fondation ASCA sur les Conditions Générales d'Aggrégations des Thérapeutes du 25 mai 2016 (ASCA ; F4_F_CGATh). Accès http://www.asca.ch/Upload/pdf/DOK-2017-reglements/F4_F_CGATh.pdf
- Art. 45 de la loi genevoise sur la santé du 7 avril 2006 (LS/GE ; RSG KI 03). Accès https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_KI_03.html
- Association des Médecins du canton de Genève. (2007). *Quand l'hypnose n'a rien d'une magie*. Accès <https://www.amge.ch/2007/11/07/quand-lhypnose-na-rien-dune-magie/>
- Bacci Bonotti, F.(2013). *Il contributo di Milton H.Erickson alla psicoterapia breve*. Accès http://www.ifeffromm.it/rivista/2013-xx/1/comunicazioni/IL_CONTRIBUTO_DI_MILTON_H_E_RICKSON ALLA PSICOTERAPIA BREVE.pdf
- Becker, H.S. (2002). *Les ficelles du métier: comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris : La Découverte.
- Bioy, A. & Michaux, D. (2019). *Traité d'hypnothérapie: Fondements, méthodes, applications*. Malakoff : Dunod
- Bontoux, D., Couturier, D. & Menkès, C-J.(2013) Thérapies Complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins. *Académie Nationale de Médecine*. (Rapport) : 31.
- Bourdy, C., Millette, B., Richard, C. & Lussier, MT. (2014). *Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication*. Accès <https://rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf>
- Charaudeau, P. (2001). Langue, discours et identité culturelle. *Ela. Études de linguistique appliquée*, (3), 341-348. Accès <https://www.cairn.info/revue-ela-2001-3-page-341.htm>
- Cheseaux, N. & Brandao Farinelli, E. (2012) HUG. *L'hypnose médicale*. Accès https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/hypnose_09_12.pdf
- Clot, Y. & Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail Concepts et méthodes. *Travailler*, 4. Accès <http://masterprotc4.free.fr/IMG/pdf/texteclot4.pdf>
- D'Angeli-Lockert, P. (2007). *Quelle forme d'hypnose choisir ? Et comment les reconnaître*. Accès <http://www.hypnose.com.fr/hypnose-formes.htm>
- Dewey, J. (1993). *Logique. La théorie de l'enquête* (1e éd.). Paris: PUF.
- Econcept SA. (2013). *Technique en Radiologie Médicale : Champ d'activité et besoins du marché du travail*. Accès https://www.astrm.ch/files/Dokumente/Verband/Projekte/rapport_econcept.pdf
- Fenster, A. (2012). *Mesmer et le magnétisme animal*. Accès <http://www.sciencepresse.qc.ca/blogue/2012/01/05/mesmer-magnetisme-animal>
- Fondation suisse pour les médecines complémentaires. (s.d.). *Disciplines thérapeutiques*. Accès <http://www.asca.ch/Therapies.aspx>

- Grace Asso.(2018) *Communication thérapeutique* . Accès <https://www.grace-asso.fr/espace-ide/communication>
- Gueguen, J., Barry, C., Hassler, C. & Falissard, B. (2015). Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. Accès https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf
- Gugliemone, S. & Goy, C. (2012). *Craintes des patients face à un examen radiologique (Scanner et IRM)* (Travail de Bachelor. Haute Ecole de Santé Genève). Accès https://doc.rero.ch/record/31619/files/TB_TRM_2012_2_1_Gugliemone.pdf
- Hôpitaux Universitaires de Genève.(2018a). *Indications à l'hypnose clinique*. Accès <https://www.hug-ge.ch/programme-hypnose-hug/indications-hypnose-clinique>
- Hôpitaux Universitaires de Genève.(2018b). *Indications spécifiques*. Accès <https://www.hug-ge.ch/programme-hypnose-hug/indications-specifiques>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2019a). *Programme Hypnose HUG*. Accès <https://www.hug-ge.ch/programme-hypnose-hug>
- Hôpitaux Universitaires de Genève.(2019b). *Pourquoi l'hypnose aux HUG*. Accès <https://www.hug-ge.ch/programme-hypnose-hug/pourquoi-hypnose-aux-hug>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2019c). *Examens*. Accès <https://www.hug-ge.ch/radiologie/examens>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2019d). *Qu'est-ce que l'hypnose clinique ?* Accès <https://www.hug-ge.ch/programme-hypnose-hug/qu-est-ce-que-hypnose-clinique>
- Hypnose Experts. (s.d.). *Qu'est ce que l'hypnose conversationnelle ?*. Accès <https://www.hypnose-experts.fr/hypnose-conversationnelle/>
- Institut de Nouvelle Hypnose. (s.d.). *Histoire de l'hypnose*. Accès <https://www.nouvellehypnose.com/index.php/hypnose/l-histoire-de-l-hypnose>
- Institut Français d'Hypnose. (2016). *Histoire de l'hypnose*. Accès <https://www.hypnose.fr/hypnose/hypnose-histoire/>
- Institut Français d'Hypnose. (2017). *Hypnose Ericksonienne*. Accès <https://www.hypnose.fr/hypnose/hypnose-ericksonienne/>
- J.-C, Kaufmann. (1996). *L'entretien compréhensif*. Paris : Nathan.
- Jakubowicz, A. (2002). Psychological adaptation. Accès <http://www.universalis.fr/encyclopedie/adaptation-adaptation-psychologique/>
- Koller, A. (2018). L'hypnose entre par la grande porte. *Pulsations*, 10. Accès <https://pulsations.hug-ge.ch/article/lhypnose-entre-par-la-grande-porte>
- Largillière, M. (2018). *Hypnose, les principales méthodes hypnotiques*. Accès <http://www.addiction-hypnose-pnl.fr/blog/hypnose-les-principales-méthodes-hypnotiques/>
- Leclère, J., Ollivier, L., Ruszniewski, M. & Neuenschwander, S. (2006). Améliorer la prise en charge des malades en imagerie médicale : Le CREDO et les PERLES du radiologue. *Journal de Radiologie*, 87(12), 1831-1836. [https://doi.org/10.1016/S0221-0363\(06\)74163-4](https://doi.org/10.1016/S0221-0363(06)74163-4)

- Orientation. (2018). *Hypnothérapie*. Accès <https://www.orientation.ch/dyn/show/2886?id=40325>
- Pierron, J.-P. (2007). Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*, Vol. 25(2), 43-66.
- Règlement sur les professions de la santé du 30 mai 2018 (RPS K 02.01). Accès https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_k3_02p01.html
- SASIS AG. (s.d.). *Registre central des conventions*. Accès <https://www.sasis.ch/fr/Entry/ProductEintrag/ProductMenuEintrag?selectedMenuId=926>
- Seferdjeli, L. & Terraneo, F. (2015). Comprendre le travail de soins à l'hôpital. *Recherche en soins infirmiers*, 120(1), 6-22. doi:10.3917/rsi.120.0006
- Smaga, D., Cheseaux, N., Forster, A., Rentsch, D., de Tonnac, N. & Colombo, S. (2010). L'hypnose et les troubles anxieux. *Revue Médicale Suisse*, 6 (236), 330-333. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-236/L-hypnose-et-les-troubles-anxieux>
- Stratégie de santé mentale. (s.d.). *La communication verbale et non verbale*. Accès https://www.strategiesdesantementale.com/mmhm/pdf/Articles/La_communication_verbale_et_non_verbale.pdf
- Teike Luethi, F., Currat, T., Spencer, B., Jayet, N. & Cantin, B. (2012). L'hypnose : une ressource en soins palliatifs ? Etude qualitative sur l'apport de l'hypnose chez des patients oncologiques. *Recherche en soins infirmiers*, 110(3), 78-89. doi : 10.3917/rsi.110.0078

Iconographie

- Association Suisse pour la Recherche sur l'Alzheimer. (2013). *Le diagnostic progresse, pas (encore) les traitements* [Image]. Accès <https://recherchealzheimer.ch/page/11/>
- Centre D'imagerie Médicale le France. (s.d.). *Examens scanner* [Image]. Accès <http://centreimageriemedicale-lefrance.com/index.php/scanner/examens-scanner>
- Imaging Technology News. (2012). *GE Healthcare Introduces Performance SPECT/CT System* [Image]. Accès <https://www.itnonline.com/content/ge-healthcare-introduces-performance-spectct-system>
- Medical Product Outsourcing. (2018). *FDA Clears Siemens Healthineers' Biograph Vision PET/CT System* [Image]. Accès https://www.mpo-mag.com/contents/view_breaking-news/2018-06-05/fda-clears-siemens-healthineers-biograph-vision-petct-system
- R, Le Coultre1., J, Bize., M, Champendal., D. Wittwer., P. Trueb. & F.R, Verdun. (2015). *Exposition de la population suisse aux rayonnements ionisants en imagerie médicale en 2013* [Graphique]. Accès https://survey.raddose.ch/Raddose/media/Rapport_Enquete_Suisse_2013.pdf
- Radio Télévision Suisse. (2017). *Un département d'oncologie pour les Hôpitaux universitaires de Genève* [Image]. Accès <https://www.rts.ch/info/regions/geneve/8354389-un-departement-d-oncologie-pour-les-hopitaux-universitaires-de-geneve-.html>