

Ce document numérique est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

L'Institut Français d'Hypnose a pris soin de demander son accord à l'auteur avant de diffuser ce document sur son site :

<http://www.hypnose.fr>



Diplôme Universitaire
Hypnose médicale et clinique

Année 2013-2014

**APPORT DE L'HYPNOSE DANS UN SERVICE DE
DIALYSE :
ANXIOLYSE-ANALGESIE DANS LES ACTES DE
SOINS DOULOUREUX**

Dr Pierrot PARENT, Néphrologue Groupe Hospitalier Est Réunion

Sous la direction de Frédérique MOHY, médecin algologue, hypno thérapeute,
responsable du diplôme universitaire d'hypnose médicale

REMERCIEMENTS

A Frédérique MOHY pour son aide et ses conseils.

A Antoine BIOY, Isabelle CELESTIN-LHOPITEAU, Arnaud GOUCHER pour nous avoir communiqué leur enthousiasme.

A Mme H, Mr W, Mme P.

A Véronique.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	page 5
Chapitre I : REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE	page 7
I. LA DOULEUR	page 7
A. Définition de la douleur	page 7
B. Aspects psychologiques	page 11
C. Aspects sociaux	page 11
D. Anticipation anxieuse de la douleur : la mémorisation	page 12
II. L’HYPNOSE	page 12
A. Définition de l’hypnose.....	page 12
B. Déroulement d’une séance d’hypnose.....	page 14
C. L’hypnose éricksonienne courants.....	page 17
III. L’UTILISATION DE L’HYPNOSE DANS LA DOMAINE DE LA DOULEUR ..	page 18
IV. RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE	page 20
Chapitre II : METHOLOGIE DE LA RECHERCHE	page 23
I. LA DIALYSE A LA REUNION.....	page 23
II. NOTRE CENTRE DE DIALYSE	page 24
Chapitre III : RESULTAT ET DONNEES CLINIQUES	page 26
I. PRESENTATION DES CAS CLINIQUES	page 26
II. DEROULEMENT DES ENTRETIENS	page 27
Chapitre IV : DISCUSSION THERICO – CLINIQUE	page 38
I. RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE	page 38
II. CONFRONTATION DES OBSERVATIONS À LA PROBLÉMATIQUE	page 39
A. Mon ressenti	page 40

B. Ressenti du personnel du service	page 40
III. ANALYSE CRITIQUE DES DIFFÉRENTS CAS CLINIQUES	page 40
IV. DISCUSSION ÉTHIQUE.....	page 42
V. APPORT DE L'ÉTUDE	page 43
CONCLUSION	page 44
BIBLIOGRAPHIE	page 47
RESUME	page 49

INTRODUCTION

Médecin néphrologue, je travaille dans un centre de dialyse depuis de nombreuses années.

Les personnes dialysées le sont trois fois par semaine. A chaque séance elles sont piquées au niveau du bras. Deux aiguilles de gros calibre (16 G) sont laissées en place pendant toute la séance de dialyse.

C'est la ponction initiale, l'introduction des aiguilles, qui est le moment le plus douloureux.

Pour prévenir la douleur, chaque personne peut appliquer des dispositifs (patches anesthésiques locaux) au niveau de la zone de ponction, 2 heures avant le début de la séance.

Souvent l'analgésie n'est pas totale, et le patient vit une période d'appréhension voire même d'angoisse qui atteint son apogée quelques minutes avant le début de la séance.

Cela se traduit par une attitude caractéristique: Tension musculaire, économie de gestes, regard figé, pâleur, hypertension, tachycardie...

Mais ce n'est pas qu'une crainte de la douleur, c'est aussi une appréhension globale de toute la séance:

« Qui va me piquer ? Va t-elle ou va t-il réussir ? Comment va se dérouler la séance ? Vais je avoir des malaises, des chutes de tension ?... »

Dans la grande majorité des cas une personne est dialysée à vie. La seule « sortie » possible est la greffe rénale, si l'âge et l'état général le permettent.

La dialyse devient nécessaire et obligatoire (la seule alternative pour éviter la mort) quand les reins ne remplissent plus leur fonction essentielle qui est l'épuration des toxines de l'organisme.

Le sang est acheminé par une machine vers un filtre (dialyseur) et retourne au patient une fois épuré.

L'accès au sang se fait au niveau d'une veine du bras qui a été transformée chirurgicalement en une « fistule artério-veineuse » (FAV) pour que son débit soit suffisant et qu'elle puisse être ponctionnée 3 fois par semaine.

Cette FAV doit être rigoureusement surveillée et faire l'objet d'une « révision chirurgicale » régulière sous peine de s'obstruer (thrombose).

En cas de thrombose malgré tout, la séance de dialyse doit avoir lieu, avant que le chirurgien réalise la désobstruction de la FAV. Le néphrologue doit alors procéder à la mise en place d'un cathéter femoral qui remplace temporairement la FAV.

C'est un geste redouté par tous les patients dialysés car souvent douloureux malgré l'anesthésie locale (XYLOCAÏNE°).

Lorsqu'il est effectué par des mains inexpérimentées ou sans la délicatesse nécessaire, ce geste peut être atrocement douloureux.

L'injection de XYLOCAÏNE° doit être profonde pour atteindre la veine fémorale, et est elle-même douloureuse, surtout lorsque l'injection trop rapide provoque une distension brutale des tissus.

Ces gestes, que nous venons de passer en revue, représentent l'essentiel des situations douloureuses et anxiogènes auxquelles sont confrontés de manière répétée et au long cours, les personnes dialysées.

Je me suis toujours interrogé sur la façon dont on pourrait aider les patients dans ces situations particulières.

L'utilisation d'antalgiques systémiques, venant alourdir le traitement de ces patients déjà polymédicamentés, n'est pas adaptée du fait de la répétition des gestes, et se montre en pratique peu efficace.

Associés à des sédatifs, anxiolytiques, ils pourraient se montrer plus efficaces, mais se poserait alors la question du rapport bénéfices/risques inhérent aux risques d'accoutumance, aux effets délétères à long, et à court terme, sur les fonctions cognitives, des benzodiazepines de courte durée d'action, utilisées dans cette indication.

En pratique, on se contente donc d'essayer de rassurer, tant bien que mal, par quelques paroles, un geste...

Tout en ressentant un réel sentiment d'échec.

J'ai découvert l'hypnose en lisant un article dans un magazine publié mensuellement par l'industrie pharmaceutique.

Dans cet article des personnes (médecin, infirmiers, psychologues) de l'équipe de néphrologie hémodialyse de la Rochelle faisaient part de leur expérience de l'utilisation de l'hypnose dans leur service.

Cette expérience m'a intéressé, au point que j'ai décidé de me former.

CHAPITRE I : REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE

I. LA DOULEUR

A. Définition de la douleur

La douleur est définie par l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée a un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrite en termes d'un tel dommage »

On distingue la douleur aiguë, et la douleur chronique dont l'évolution dépasse 3 à 6 mois, dont la prise en charge va être différente.

La douleur est expérientielle, intime et intransmissible dans son ensemble et touche donc autant le corps que la psyché.

Il est d'usage de distinguer différentes composantes ou dimensions de la douleur qui vont être évaluées par le médecin lors de la consultation, chacune pouvant être la cible d'une action thérapeutique spécifique:

- Une composante sensori-discriminative: renseigne sur l'intensité, la localisation et la tonalité (piqûre, écrasement)
- Une composante cognitive: l'expérience douloureuse est vécue et prend sens en fonction des connaissances, des expériences antérieures déjà mémorisées par le patient, de ses représentations, familiales, culturelles du patient...
- Une composante affective et émotionnelle: cortège d'émotions désagréables ou pénibles associées à la sensation douloureuse et liées au contexte (anxiété, colère, sentiment d'injustice, tristesse...)
- Une composante comportementale: manifestations verbales et non verbales (retrait, fuite, protection, position antalgique...) plus ou moins adaptées, dont l'intensité paraît proportionnelle ou non, à la cause.

Sur le plan anatomique, on peut distinguer trois niveaux: périphérique, médullaire et cérébral.

Au niveau périphérique, se situent des récepteurs constitués par les terminaisons libres des neurones spécifiques ou nocicepteurs, organisés en arborisations plexiformes dans les tissus cutanés, musculaires, articulaires et viscéraux. Le corps cellulaire de ces nocicepteurs est situé dans les ganglions paravertébraux.

On distingue:

- des mécano-nocicepteurs, qui ne sont activés que par des stimuli douloureux mécaniques (pression, étirement). Ils se prolongent par des fibres de type A-delta, myélinisées (transmission rapide)
- des nocicepteurs polymodaux, répondant à des stimuli mécaniques, chimiques (substances algogènes, lors de l'inflammation, par exemple), thermiques (pour une température > 42°C), prolongés par des fibres C non myélinisées (transmission plus lente).

Lorsque les récepteurs sont stimulés, ils vont générer une impulsion. L'information est transmise vers la moelle épinière par des fibres nerveuses de 2 types, ou non, fibres C qui cheminent dans les nerfs périphériques jusqu'à la corne postérieure de la moelle épinière.

Au niveau médullaire, fibres sensibles et fibres de la douleur empruntent des voies différentes. Ces dernières font relais dans la corne postérieure de la moelle, avec un second neurone qui va emprunter les faisceaux spino-thalamiques, pour rejoindre les structures cérébrales. Ces seconds neurones sont de 2 types: Certains sont spécifiques, recevant exclusivement des informations des nocicepteurs périphériques, et d'autres sont "convergentes" recevant des informations de différents types de neurones afférents, véhiculant des stimuli douloureux et non douloureux, provenant d'un champ récepteur cutané, viscéral, et/ou musculaire, ce qui explique le phénomène bien connu des «douleurs projetées». Lorsque l'information parvient au cortex via les faisceaux spino-thalamiques, elle est analysée, et ces douleurs projetées sont rapportées par "erreur" au métamère cutané dont la représentation est la plus importante, alors que l'origine réelle est viscérale, articulaire ou musculaire. En effet, la somatotopie de la cartographie pariétale est très précise pour la peau, mais beaucoup moins pour les muscles, les vaisseaux et les viscères.

Au niveau cérébral, ces faisceaux vont se distribuer vers de nombreuses structures:

- le thalamus latéral et le cortex cérébral sensitif SII et insulaire pour le faisceau spino-thalamo-cortical, responsable de l'aspect sensori-discriminatif de la douleur,
- ou via le tronc cérébral, pour le faisceau spino-réticulo-thalamique, vers le gyrus cingulaire antérieur, l'aire sensitive SI, le cortex préfrontal... mettant en jeu des processus attentionnels, et responsables de l'intégration émotionnelle, de la mémorisation et de l'adaptation comportementale (fuite, éveil, défense...), à l'origine des composantes cognitives, affectives, neurovégétatives et comportementales de la douleur.

Ces voies sont les principales, mais on en connaît d'autres aboutissant à d'autres structures cérébrales.

La douleur perçue résulte de l'interaction de différents mécanismes de modulation et de sensibilisation :

1° Des phénomènes de sensibilisation:

- Périphérique : Les lésions tissulaires (piqûre, brûlure) entraînent la libération en cascade, de substances algogènes (Bradykinine, Histamine, Prostaglandines, leucotriènes, K⁺, H⁺ (issus des lésions tissulaires), Sérotonine 5HT (plaquettes), Substance P), créant une « soupe inflammatoire », responsable de la sensibilisation des fibres C, se traduisant par une **hyperalgésie primaire** avec diminution du seuil d'activation, et réponse exagérée aux stimuli non nociceptifs.

Le réflexe d'axone est responsable de la libération de substances algogènes par voie antidromique (centrifuge, vers la périphérie) par les fibres C, entraînant une inflammation neurogène (vasodilatation locale, libération d'histamine).

La diffusion aux tissus sains en périphérie, la sensibilisation des fibres adjacentes, l'amplification du message nociceptif, aboutit à une **hyperalgésie secondaire**.

- Centrale: Au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière, libération de glutamate, implication des récepteurs NMDA, augmentation post-synaptique d'ions calcium, sont à l'origine d'une **hyperalgésie centrale favorisant la chronicisation de la douleur (cercle vicieux)**, entraînant des changements neuronaux à long terme (plasticité), des modifications des neurones convergents, une hyperexcitabilité (wind-up), se traduisant par des phénomènes d'allodynie, d'hyperalgésie.

2° Des mécanismes de contrôle de la douleur:

- Les contrôles inhibiteurs descendants: Ils sont issus du tronc cérébral (substance grise péri-aqueducule, noyau raphé magnus...) d'où descendent des fibres qui rejoignent les neurones convergents spinaux à chaque étage, et inhibent la transmission du "message douloureux" via la libération de neuromédiateurs (substances opioïdes, sérotonine et noradrénaline). Cela justifie l'utilisation de certains antidépresseurs, sérotoninergiques et noradrénergiques dans le traitement de la douleur. L'action antalgique démontrée, de la relaxation, de l'hypnoanalgésie, de la méditation de pleine conscience, pourrait être expliquée par l'activation de ces contrôles inhibiteurs descendants, et les systèmes opioïdiques.
- Les contrôles inhibiteurs descendants déclenchés par stimulations nociceptives (CIDN): Une stimulation nociceptive appliquée dans une autre région du corps (un champ récepteur d'un neurone convergent éloigné du premier) inhibe la transmission de la stimulation douloureuse préexistante; c'est le phénomène de contre-irritation.
- Le contrôle segmentaire ou Gate-control: La transmission du message douloureux dans la corne postérieure de la moëlle peut être inhibée par une stimulation tactile exercée dans la même zone (métamère), que la stimulation douloureuse (ce qui explique l'action antalgique d'un massage, de la neurostimulation transcutanée, par exemple).

La plupart des traitements, médicamenteux ou non, ont pour objectif de favoriser les mécanismes de contrôle en agissant sur les processus de modulation du message nociceptif, ou de limiter la sensibilisation, en interrompant la transmission (anesthésiques locaux par exemple), ou en agissant sur les récepteurs NMDA (kétamine...).

On distingue:

- La douleur aiguë, utile, protectrice dans le sens où elle est nécessaire au maintien de l'intégrité corporelle, à l'élaboration du schéma corporel lors des apprentissages,
- La douleur chronique, caractérisée par une hypersensibilisation du système nerveux nocicepteur, mettant aussi en jeu des gènes d'expression immédiate, précoce, et des

modifications somesthésiques centrales, aboutissant à l'installation de cercles vicieux responsables de sa pérennisation, dont les conséquences sont délétères.

Des modifications immunitaires et du fonctionnement des cellules gliales notamment lors des douleurs neuropathiques chroniques, ont également été mises en évidence.

B. Aspects psychologiques

La compréhension de la douleur, quelles que soient les spécificités de son origine et donc de sa prise en charge, s'inscrit dans un cadre général plus large, cadre culturel incluant les rapports de l'individu à son corps, à la représentation qu'il en a, à la médecine, à sa définition de la santé et de la maladie et aux valeurs qui leur sont accordées, à un moment et dans un groupe donnés. Le vécu de la douleur est fonction de la culture, de l'environnement social et influence la manière de "faire face".

La signification donnée à la douleur influence notre perception en élevant ou en abaissant notre capacité de résistance. La douleur s'inscrit dans les normes du licite et de la transgression, entre ce qu'on peut montrer et ce qu'il faut taire ou cacher...

C) Aspects épidémiologiques et sociaux

Les données issues du LIVRE BLANC DE LA DOULEUR (enquête réalisée en 2003) concernant les causes de la douleur en population générale:

- Maladie: 32% des cas,
- Douleur provoquée: 29% (en rapport avec intervention chirurgicale 15%, induites par des actes diagnostiques ou thérapeutiques 14%)
- Accident: 20%
- Grossesse/accouchement: 4%
- Autres: 13%

L'étude réalisée en population générale en 2006 par BOUHASSIRA et al. DN4. Pain 2007, rapportait une prévalence de la douleur chronique: 31,7%, dont 20% de douleur modérée à sévère.

- 35% chez la femme, 28,2% chez l'homme,

- > 50% après 70 ans.

Malgré les Plans de lutte contre la douleur successifs et les efforts des professionnels, la douleur aiguë reste insuffisamment soulagée, qu'il s'agisse de la douleur post opératoire, de la douleur aux urgences, de la douleur induite par les soins.

De façon globale, la douleur chronique est un fléau.

En France, les patients douloureux souffrent en moyenne depuis plus de 5 ans et 18 % depuis plus de 20 ans. Il faut en moyenne 2 ans pour être soulagé et 2 patients sur 3 sont résignés.

D) Anticipation anxieuse de la douleur: la mémorisation

« La mémoire de la douleur peut être plus dommageable que son expérience initiale.

La douleur aiguë laisse une empreinte contextuelle forte. La réaction exagérée à un nouveau geste douloureux est une forme de conditionnement automatique, implicite, souvent inconscient. L'amnésie explicite de l'épisode est associée à une mémorisation implicite de la douleur et de son contexte.

La prévention de la mémorisation douloureuse est fondée sur l'optimisation de la prise en charge de la douleur initiale. Si certains hypnotiques créent une amnésie explicite, ils ne modifient pas l'enregistrement automatique de la douleur et de son contexte.

II. L'HYPNOSE

A. Définition de l'hypnose

Une définition de Jean Godin : « un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. »

C'est un état naturel de l'organisme qui survient spontanément, régulièrement chez tout un chacun : rêverie, pensée « lente », isolation sensorielle.

Cet état est susceptible d'être provoqué par un tiers (hypno thérapeute) ou soit même (auto hypnose).

C'est une mise en arrière plan de la pensée rationnelle et critique pour une mise en avant de la pensée intuitive, associative, de la « logique floue », adaptative, du langage figuratif.

L'hypnose : un éveil de l'attention

L'hypnose est une pratique de l'attention, qui va en effet proposer une succession d'exercices attentionnels amenant le patient à être dans une hyper présence ou à faire un pas de côté grâce à son imaginaire.

Soit l'attention se déplace de la réalité vers l'imaginaire, et permet à un patient de se forger un autre monde et ainsi accéder à ses ressources.

Soit l'attention est focalisée sur la réalité : le patient est amené à s'investir dans cette réalité, à y adhérer, à s'y absorber pour y agir et la transformer pour quitter des habitudes de penser, de sentir, d'agir. Il s'agit alors non plus d'un pas de côté mais d'une hyper présence.

Une communication et relation particulière entre le patient et l'hypno praticien

C'est également, côté thérapeute, une pratique de l'attention et de l'observation qui fait entièrement partie du soin. Le praticien va avoir une vision élargie du patient, c'est à dire qu'il ne focalise pas seulement son attention sur le problème du patient mais aussi sur ses ressources.

Vision élargie également parce que le diagnostic du praticien en hypnose ne va plus être centré sur le patient malade ou présentant tel ou tel problème mais sur la façon dont cette personne est en lien avec son contexte.

Cet éveil de l'attention côté soignant est la base de la communication hypnotique qui permettra d'éveiller à son tour l'attention du patient.

C'est par la relation avec un hypno praticien, qui va utiliser cette communication hypnotique, que le patient va pouvoir modifier une perception douloureuse ou une souffrance.

L'hypnose, un nouvel apprentissage

Chaque patient a développé tout au long de sa vie des apprentissages des stratégies pour faire face à différents types de situations et qui deviennent des habitudes et des automatismes. Or dans certaines situations, ces automatismes sont utilisés et répétés alors qu'ils ne sont pas toujours adaptés. L'hypnose va alors proposer un pas de côté, qui stoppe cette répétition inefficace.

En hypnose le patient va expérimenter un changement dans tous ses liens avec lui même et son environnement, en étant en prise directe avec le monde et non plus avec une douleur ou une souffrance placée entre lui et le monde. Pour se relier ainsi différemment à son corps et à ce qui l'entoure, il lui faut lâcher sa façon de penser habituelle, pour remettre du mouvement là où la douleur ou encore l'angoisse le figeait.

Toute modification doit être amorcée par un mouvement. Une personne arrive bloquée, immobilisée dans sa problématique. Le thérapeute va l'amener à se repositionner, changer de sensorialité, pour rentrer à nouveau dans le mouvement.

B. Déroulement d'une séance d'hypnose

Le but étant d'amener le patient en état d'hypnose, en état de transe.

1^{ère} phase : la phase d'induction.

C'est juste le préalable, l'antichambre, au véritable travail hypnotique. Le temps d'induction est un peu comme l'échauffement nécessaire des muscles d'un athlète (un mollet puis l'autre, puis une cuisse puis l'autre, puis les jambes ensemble, etc...) avant de pouvoir mobiliser son corps en entier dans une course où se mêleront apprentissages antérieurs, découverte du sol à chaque pas, exploration nouvelle de capacités, etc.

Pour utiliser une image, nous pourrions dire que l'hypnose s'initie selon le modèle de l'entonnoir : on organise une certaine centration de l'attention du patient afin qu'il puisse dans un second temps élargir son champ de conscience et vivre de façon pleine, entière, globale, de qu'il a à explorer. Notons que cette focalisation de l'attention correspond au fameux pendule autrefois utilisé, mais aussi au point que l'on demande de fixer dans les études expérimentales

sur l'hypnose. Cette fixation n'est pas que visuelle et peut se faire sur un bruit, voire même une sensation à un niveau plus élaboré.

Trois exemples d'induction

La focalisation de l'attention

Il s'agit de proposer au patient de centrer son attention sur un élément visuel, sonore, ou perceptif.

« Dans premier temps, je vais simplement vous proposer de choisir un élément sur le mur en face de vous auquel vous allez pouvoir consacrer tout ou partie de votre attention : ce peut être une punaise à laquelle est accroché un cadre, un élément d'un de ces cadres, ou autre chose... »

Le saupoudrage

Il s'agit simplement de placer ça et là, dans les phrases prononcées, des adjectifs et adverbes relatifs à ce qui est recherché par l'hypnose. Le discours qui accompagne le saupoudrage est généralement vague et imprécis, pour donner précisément plus de relief à ces petits mots glissés et plus ou moins répétés dans le discours du praticien.

« Et vous pouvez être simplement là, à écouter ce qui se passe autour de vous tout en percevant calmement ce qui vous entoure. Et vous pouvez posément faire cela en même temps, alors que vous le faites tranquillement en ce moment presque détachée vous pouvez tout naturellement percevoir la chaise sur laquelle vous êtes assise ».

La confusion

Si le discours du praticien se complexifie, le patient va devoir durant un moment dépenser une énergie « neuronale » certaine à traiter et comprendre l'information.

Puis l'aspect rébarbatif du phénomène tout autant qu'un certain épuisement de l'attention va conduire le patient à « décrocher » c'est à dire se réfugier ailleurs que dans la recherche d'une logique rationnelle et d'une situation concrète. Ce « décrochage » est précisément l'entrée dans la dissociation psychique, tout autant que dans une forme de rêverie, qui dans ce cadre sera assimilée à un état modifié de conscience.

Les suggestions : outils majeurs de la communication hypnotique.

Une suggestion peut se définir comme étant une idée, un sentiment ou un comportement, inspiré par un autre que soi. Elles peuvent être directes ou indirectes et utilisées autant dans la phase d'induction que dans la suite de la séance.

Il existe aussi des suggestions post hypnotiques.

Les suggestions directes

Il s'agit de demandes directes faites à un patient, dont on pense qu'il peut les réaliser d'emblée, ou que l'on souhaite confronter à quelque chose de l'ordre du défi.

Elles peuvent être « fermées » ou « ouvertes » c'est à dire plus ou moins permissives.

Ce type de suggestion, surtout les fermées sont privilégiées en situation de crise, c'est à dire de dissociation induite par le contexte. On pourrait citer par exemple les patients en situation de crise douloureuse aiguë, et dont l'attention est comme prisonnière de la douleur.

Les suggestions indirectes

Elles relèvent d'un procédé de communication plus permissive que les suggestions directes. Elles possèdent à ce titre plusieurs avantages, le premier étant qu'elles n'induisent pas, ou rarement, de résistance en soi. Avec le souci de ne pas se confronter de façon trop directe avec les résistances du patient, le praticien de l'hypnose va préférentiellement utiliser les précautions verbales telle que « peut être », il est possible que », « éventuellement », « il se pourrait que », etc. Ceci permet notamment que les suggestions faites ne prennent pas l'allure d'un ordre, qu'il ne s'agit que de propositions. Au patient d'en disposer.

Egalement, faire appel aux suggestions indirectes, revient à rendre l'influence que l'on peut avoir sur le patient moins présente. Le patient est donc amené à explorer ses propres ressources et à choisir des modalités d'expression reflétant ce qu'il est à un instant précis et dans une situation donnée.

La suggestion post hypnotique

Il s'agit ici de poser une proposition dont la réalisation sera ultérieure à la session d'hypnose elle-même. La suggestion post hypnotique peut être placée pour prolonger quelque chose de la séance ou pour créer un état d'esprit particulier en lien avec un événement.

Travail spécifique

Durant la phase d'hypnose même (après l'induction), des expériences spécifiques peuvent être proposées, qui utilisent en grande partie la suggestion et certains éléments de communication transversale.

Voici quelques exemples:

- Créer un lien, un «pont» entre une partie «saine» du corps et une partie «lésée».
- Un lieu de protection («safe place»). Un endroit, un lieu choisi, imaginé par le patient où il se sent en sécurité.
- Induction d'une anesthésie avec déplacement. Par exemple, une main préalablement «anesthésiée» va se déplacer et «soulager» un genou douloureux.
- La réification. Demander au patient de symboliser sa souffrance, sa douleur par une image, une figure et dans un second temps de lui demander de modifier la forme de la figure, la couleur afin d'atténuer la douleur, la souffrance.

L'emploi de métaphores

La métaphore est sans doute l'outil le plus complexe, le plus pointu mais aussi le plus caractéristique de l'approche hypnotique. Elle a pris naissance avec Erickson, et s'est depuis largement répandue.

Schématiquement, la métaphore consiste en un récit, un conte construit par analogie avec une difficulté exprimée par le patient, et dont l'objectif va être de provoquer le changement. Elle va proposer de façon indirecte une nouvelle ouverture au patient pour trouver sa solution, en contournant quelques résistances.

C. l'hypnose éricksonienne

C'est la forme d'hypnose la plus répandue dans le monde. C'est certainement celle qui est la plus en phase avec les aspirations actuelles en matière de relation d'aide. Il s'agit de la forme d'hypnose qui semble la plus rationnelle, la plus facilement transmissible, qui permet le plus aisément de parler de notion d'efficacité et surtout la plus universelle car utilisant des principes larges de communication.

Pour les ericksoniens comme pour les psychologues humanistes l'Homme est en constante évolution positive. Pour ce faire il dispose de nombreuses ressources internes (certaines

innées, mais la plupart acquises). Il arrive cependant que ce principe de maturation se trouve parasité. Quelle que soit la cause de cet arrêt dans la progression naturelle du patient, les incidences se feront ressentir. Paralysé, l'individu n'arrive plus à retrouver les ressources nécessaires pour « rebondir ». Là intervient le thérapeute qui va aider au réveil des ressources internes.

III. L'UTILISATION DE L'HYPNOSE DANS LE DOMAINE DE LA DOULEUR

L'hypnose s'appuie sur nos capacités d'attention, sur la puissance de notre imaginaire et sur l'effet de cet imaginaire sur notre physiologie. C'est une pratique qui agit sur les modes de perception et augmente le seuil de tolérance à la douleur.

L'utilisation de la suggestion qui intègre la réalité du soin à l'imaginaire du patient est une possibilité pour diminuer la perception d'un stimulus en agissant sur la modulation du stress et de l'anxiété qui sont les facteurs aggravants de la perception douloureuse.

L'hypnose permet de donner un autre sens à la douleur par une participation active du patient.

Lors d'une sensation de panique et d'état d'anxiété intense, il est préférable de solliciter la personne pour qu'elle soit active en utilisant par exemple une induction kinesthésique pour recentrer la personne sur une partie de son corps (sa respiration, une autre partie du corps : la main, le pied...)

La confusion est une des techniques permettant aussi une hyper concentration du fait que ce qui est suggéré et qui n'aucun sens demande alors une attention particulière de la part du patient.

La saturation de parole pendant le moment le plus douloureux est une méthode qui va concentrer la personne en la sollicitant encore plus pour faciliter son attention sur autre chose que le soin.

La séance d'hypnose apprend au patient à affronter la douleur. En faisant un pas de côté pour observer la situation sous un autre angle, elle lui apprend à réduire le « catastrophisme » qui peut être défini comme une croyance ou une orientation négative exagérée vis à vis des stimuli douloureux et de l'expérience de la douleur.

Il est important de ne pas dissocier de l'analgésie le travail sur l'anxiété.

L'hypnose est un très bon outil pour faire face à ses émotions. Le patient apprend à rester libre vis-à-vis de celles-ci. Il apprend à accueillir une émotion si elle se présente. Il ne s'agit pas de la refouler, de la nier, et encore moins de la réprimer, mais de l'accueillir, de la traverser. Le patient peut expérimenter qu'il peut y avoir de la peur ou de la colère en lui, mais il n'est pas "cette peur" ou "cette colère".

Relation de soin et notion de « prendre soin »

La dynamique actuelle qui implique d'être rapide, efficace, entraîne les soignants dans des modes relationnels inadaptés, standardisés ce qui les met à l'abri d'une entrée en relation avec le patient et qui bien souvent fait de ce dernier non plus un acteur du soin, mais un objet du soin.

Or, pour le patient, sa situation est particulière et tout ce qu'il vit prend de l'importance, rien n'est banal. Chaque mot, chaque regard, chaque silence peut être interprété et devenir source d'angoisse et majorer ainsi le ressenti douloureux.

Il est important de permettre au patient d'être sujet et non objet de soin, en donnant du sens à ce que l'on fait, à ce que l'on ressent tout en tenant compte de ce que vit et ressent le patient lui même dans cette situation particulière.

La création d'un lien est essentielle pour qu'une relation de confiance puisse s'installer. Cette relation de confiance, ce lien qui se crée est la base pour permettre des possibles.

L'hypnose va permettre cette relation, ce lien et, utiliser au cours des soins quotidiens ou itératifs, donner la possibilité de modifier la perception d'un vécu qui pourrait être douloureux et augmenter le seuil de tolérance de la douleur.

Douleur induite par les soins

Définition

La douleur induite par les soins est une douleur de courte durée causée par un acte, une thérapeutique ou un soignant dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées.

Conséquences d'une douleur non traitée

Les soins, ponctuels, mais surtout itératifs, anxiogènes et ressentis comme douloureux peuvent être source de lassitude, d'agressivité, de refus de soin, d'insomnie... altérant la relation à soi et aux autres. Une anticipation anxieuse peut s'installer, majorant la douleur lors des prochains gestes, ainsi qu'une mémorisation qui favorisera une chronicisation de cette douleur.

Identification des soins susceptibles d'induire une douleur

Les soins susceptibles d'induire une douleur peuvent être des soins invasifs tels que les pansements (soins d'escarres et de plaies chroniques), les ponctions veineuses périphériques ou centrales, artérielles. On retrouve également des poses de sonde (urinaire, gastrique), les mobilisations de redons, drains, aspirations trachéo- bronchiques...

Les soins non invasifs peuvent être techniques comme la kinésithérapie, une contention (plâtre, attelle...), le retrait d'adhésif, le transfert du malade et certaines positions lors d'examen ou traitements (brancardage, IRM, TDM...)

IV) RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE

Le patient dialysé est continuellement confronté, pendant et hors séance de dialyse, à plusieurs types de situations susceptibles de générer de l'angoisse, de l'anxiété et des douleurs. Nous en avons identifié trois pour lesquelles un accompagnement hypnotique peut être envisagé.

- La première et la plus fréquente est la ponction de la fistule artério-veineuse. Trois fois par semaine deux aiguilles de gros calibres sont implantées dans cette grosse veine du bras transformée chirurgicalement en ce qu'on appelle une « fistule artério-veineuse ».

Malgré l'expertise des infirmières et le patch anesthésiant, la douleur est souvent présente. Les patients appréhendent ce moment avec une intensité telle chez certains, qu'ils sont proches de la panique.

- La deuxième situation est la pose de cathéter fémoral.

En cas d'obstruction par un caillot sanguin de la fistule artério-veineuse (thrombose), le médecin doit procéder à la mise en place d'un cathéter de gros calibre dit « cathéter de dialyse » afin que la séance de dialyse puisse s'effectuer en attendant que le chirurgien réalise la « désobstruction » sous anesthésie loco régionale ou générale.

C'est une des situations les plus redoutées par les patients dialysés. La plupart d'entre eux ont déjà vécu cette situation, le plus souvent au début de leur prise en charge en dialyse. Ils en gardent souvent un souvenir terrible et souhaitent ne « plus jamais » la vivre.

Amener le patient à accepter cette intervention fait souvent l'objet de longues négociations... et exige beaucoup de patience de la part des soignants.

Ce geste, effectué par des mains inexpérimentées, ce qui arrive rarement mais qui arrive, ou par des mains peu délicates, avec brusquerie, ce qui est très fréquent, peut être vécu comme atrocement douloureux, malgré la réalisation préalable d'une anesthésie locale.

- La troisième situation est la « mise en dialyse », la toute première séance, qui suscite chez le patient de la crainte, de la peur, des interrogations... d'autant plus importantes qu'il a conscience qu'il ne peut pas y échapper, car cela mettrait en jeu sa survie. C'est une plongée dans l'inconnu, vécu souvent comme un abîme.

N'oublions pas que « le ciel vient de lui tomber sur la tête », que « le monde vient de s'écrouler autour de lui ». On vient de lui annoncer que trois fois par semaine, il va devoir passer quatre heures dans un centre de dialyse, que sa vie est tributaire d'une machine...

A notre avis, utiliser la « communication hypnotique » doit se faire en amont, lors de la toute première rencontre entre le médecin néphrologue et le patient. Cette consultation doit faire l'objet d'une préparation pour être une véritable « consultation d'annonce ».

CHAPITRE II: METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

I. LA DIALYSE A LA REUNION

L'insuffisance rénale est un fléau à la Réunion. Elle vient majoritairement compliquer le diabète, dont l'incidence et la prévalence sont plusieurs fois supérieures à la moyenne nationale.

De nombreux centres de dialyse sont ouverts pour répondre aux besoins de la population. Le nombre de patients dialysés était de 1731 en 2012, soit une prévalence deux fois et demi supérieure aux chiffres nationaux.

On distingue trois types de centre de dialyse:

- Les Unités d'Auto Dialyse (U.A.D):

Pour les patients relativement jeunes sans autre pathologie que l'insuffisance rénale. Ce sont des personnes en bon état général, dont certains ont gardé une activité professionnelle.

Dans ces structures, les patients peuvent, s'ils le désirent, s'impliquer et être véritablement acteur de leur traitement (préparation, montage de la machine, gestion des alarmes pendant la séance...)

Le médecin néphrologue responsable a l'obligation de visiter les patients au moins une fois par mois.

- Les centres lourds reçoivent des patients (souvent âgés) qui ont, en plus de l'insuffisance rénale, des pathologies associées (comorbidités), notamment des problèmes cardiovasculaires. Beaucoup d'entre eux ne sont plus autonomes, ont besoin de tierces personnes, et viennent en dialyse sur des brancards.

La présence d'un médecin sur place pendant toute la durée de la séance de dialyse, est obligatoire.

- Les Unités de Dialyse Médicalisées reçoivent les patients « intermédiaires » par rapport aux deux autres types de structures.

La création de ce genre de centre est récente, et a été motivée par des impératifs économiques plus que par une nécessité médicale (le coût de la séance de dialyse payée par l'état est inférieur par rapport à celui d'une séance en centre lourd).

Le médecin a une obligation de visite au moins une fois par semaine.

II. NOTRE CENTRE DE DIALYSE

Notre centre de dialyse est un centre lourd, situé au sein du Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER) à Saint Benoit.

Les locaux sont neufs, modernes (chaque patient dispose d'un écran multimédia). L'architecture interne est bien pensée, fonctionnelle. On peut regretter une certaine promiscuité dans une salle commune (mais elle répond aux normes établies pour les centres lourds, visant à faciliter la surveillance).

Nous effectuons chaque jour (sauf le dimanche) deux séries de 15 séances de dialyse, une série le matin, une série l'après midi.

Chaque patient vient trois fois par semaine (toutes les 48 heures) pour une séance qui dure en moyenne quatre heures.

Les infirmières et les aides soignantes préparent les machines de dialyse (générateur).

Les infirmières procèdent au «branchement» (ponction des fistules à l'aide d'aiguilles, connexion des lignes de dialyse aux tubulures des aiguilles, démarrage de la séance).

Une collation est servie au tout début de la séance, certains patients profitent de celle-ci pour consommer des aliments interdits hors séance (banane, chocolat, cacahuète).

Les soignants (médecin, infirmières, aides soignantes) visitent régulièrement le patient pendant la séance et il n'est pas rare que des discussions s'engagent sur des sujets divers.

Et la séance se déroule d'une manière qu'on peut qualifier d'assez tranquille. Beaucoup de patients dorment, certains lisent, d'autres regardent la télévision...

Il est important de préciser qu'à la différence d'un service d'hospitalisation habituelle, nous avons toujours quasiment les mêmes patients. Nous les connaissons depuis leur arrivée en

dialyse jusqu'à leur « départ » : soit pour une greffe, soit, cas le plus fréquent dans un centre lourd comme le nôtre, parce qu'ils décèdent.

Donc, nous voyons ces patients « à vie » trois fois par semaine et au fil du temps, nous apprenons à nous connaître, des liens se tissent, un peu comme dans une famille...

Il est très important aussi de préciser que la vie d'un patient dialysé est loin d'être «un long fleuve tranquille ». En plus de leur dialyse, ils doivent régulièrement se rendre en consultation chez différents spécialistes et surtout ils doivent, pour préserver le fonctionnement de leur fistule artério-veineuse, subir de manière régulière aussi des interventions chirurgicales (angioplastie).

Ils ont rarement l'esprit tranquille et ne peuvent jamais vraiment « souffler ».

CHAPITRE III: RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES

I. PRESENTATION DES CAS CLINIQUES

Cas clinique n°1

Mme H, 60 ans, “dialyse” depuis 3 ans.

Elle ne travaille plus et vit seule à Sainte Rose avec une fille de 20 ans qui n’est pas encore indépendante, et dont elle doit assurer l’entretien, malgré de maigres revenus. Ce qui est un souci supplémentaire, en plus de sa maladie.

Elle est arrivée dans notre centre il y a un peu plus d’un an, ses dialyses s’effectuant alors grâce à un cathéter «permanent» situé dans la jugulaire interne, en raison de nombreux problèmes d’abord vasculaire (accès vasculaire pour la dialyse) antérieurs. Rapidement nous sommes aperçus que la dialyse n’était pas optimale à cause de ce cathéter unique, et aussi en raison de son obésité. J’ai donc mis en place d’un double cathéter au bloc opératoire sous anesthésie locale. Je n’étais pas encore formé à l’hypnose, mais malgré tout, cela s’est à peu près bien déroulé.

Plus tard, grâce à la persévérance du chirurgien (2 interventions chirurgicales à 2 mois d’intervalle), et au grand courage de Mme H une fistule artério-veineuse a pu être créée. Après vérification du bon fonctionnement de la fistule, les cathéters jugulaires ont été enlevés. Les dialyses ont pu être effectuées sur cette fistule pendant quelques mois, sans trop d’incidents.

Jusqu’au jour où, l’infirmière m’appelle pour me signaler la thrombose de cette fistule, si précieuse...

Cas clinique n° 2

Mr W, 78 ans “dialyse” depuis plus de 20 ans. Vieux briscard de la dialyse, il a changé plusieurs fois de centre au gré de ses nombreux changements de domicile.

Pendant ses premières années de dialyse, il vivait seul et était complètement autonome. Puis au fil du temps son état s’est dégradé, et il a du être hébergé d’abord chez l’une de ses filles, puis l’un de ses fils, puis une autre fille, puis... devenu grabataire, dans un « établissement de long séjour » à Saint André.

Mr W est particulièrement intolérant à la douleur. A chaque ponction de sa fistule, il hurle littéralement et il n'est pas rare qu'il profère des jurons...

Cas clinique n° 3

Mme P, 48 ans, sans profession, vit avec son mari et le dernier de ses trois enfants ; un fils âgé de 13 ans.

Elle n'a jamais été hospitalisée et n'a pratiquement jamais consulté de médecin: « Je n'en ressentais pas le besoin, je me sentais bien... quoique ces temps, une certaine fatigue s'était installée, et je me disais qu'il fallait que je consulte, sans prendre le temps de le faire, en remettant toujours à plus tard ». Jusqu'au jour où...

Mme P. a fait un malaise avec perte de connaissance à son domicile, et s'est retrouvée hospitalisée dans le service de médecine. J'ai fait sa connaissance lorsque mes confrères, ayant découvert une insuffisance rénale sévère, associée à une anémie prononcée, m'ont sollicité.

Les éléments du dossier de Mme P. m'ont permis de poser le diagnostic de glomérulonéphrite chronique, maladie responsable de l'altération à bas bruit de la fonction rénale. Mme P. va avoir rapidement besoin d'être dialysée, ses reins défaillants étant incapables d'assurer l'épuration des toxines de son organisme. Nous avons quelques jours pour la préparer...

II. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les patients sont réunionnais, je suis moi même réunionnais, je leurs parle habituellement en créole. Donc, sous chaque phrase il ya entre parenthèses la traduction en créole.

Mme H.

Coup de téléphone de l'infirmière : « à mon avis la fistule de Mme H est thrombosée, je lui ai dit que j'allais vous appeler pour confirmation et lui ai parlé aussi, un peu pour la préparer, de la possibilité d'un cathéter fémoral. J'ai à peine fini ma phrase qu'elle s'est levée du lit en disant qu'elle voulait rentrer chez elle et qu'elle allait se laisser mourir...elle est actuellement dans la salle d'attente et m'a demandé d'appeler l'ambulance ».

J'arrive dans la salle d'attente, je découvre Mme H assise, tendue, les traits tirés, le regard fixe, l'air sévère...

Il est 7 heures du matin, je ne l'ai pas encore saluée, et je m'assois à côté d'elle.

- *« Bonjour Mme H.*

-Bonjour docteur.

- *L'infirmière m'a dit que votre fistule était bouchée, je peux regarder ?”*

(l'infirmière la dir a moin out fistule lé bouché mi pé regardé)

Elle écarte légèrement le bras de son corps, et je pose ma main sur sa fistule. Effectivement je ne sens plus les vibrations habituelles (« thrill ») témoignant de son bon fonctionnement.

- *“Elle est vraiment bouchée, il faudra s'occuper de la faire déboucher par le chirurgien de la clinique Sainte Clotilde, mais auparavant, il va falloir quand même faire votre dialyse, et pour cela, il n'y a pas d'autre moyen que de mettre en place un cathéter dans le pli de l'aîne.*

(lé vraiment bouché, y fo faire debouche par le docteur Clinique sainte clotilde. Avant y fo ou fé out dialyse, y fo mette un catheter dans la cuisse)

- *C'est hors de question, j'ai déjà connu ça une fois, au début, quand j'ai commencé ma dialyse, et j'ai cru mourir. J'avais tellement mal que j'ai hurlé comme un cochon qu'on égorge, crié au secours...c'est de la torture, c'est inhumain.*

(conte pas si moins po sa, na in foi bana la fé a moins sa,kan moins la comens mon dialyse, mi croié mi parté mourir, moins la crié for, de moud y croié lapré tuer cochon moin la cri au secours).

- *Tout en lui parlant, je pose délicatement ma main sur la sienne. Mme H, j'ai l'habitude de faire ça et je ferai tout pour que les choses se passent bien... Avec douceur, délicatement. Je n'ai jamais encore entendu quelqu'un hurler.”*

(Mme H mi ginye bien fér sa, ma fer doucement, ou nora pa mal, moins la jamais entendu personne crié com in cochon)

Je lui répète encore: *“Avec douceur, délicatement...”(mi sava doucement)*

Je remarque que son visage a perdu de sa sévérité.

Elle accepte finalement de me suivre et je l'accompagne en marchant à côté d'elle jusqu'à son lit dans la salle de dialyse.

L'infirmière l'accueille, l'installe dans son lit et lui explique toute la préparation (rasage, lavage, désinfection...)

Je connais bien Mme H et je sais qu'elle adore l'endroit où elle a grandi. C'est la région de Saint Philippe, qu'elle a quitté jeune fille pour vivre avec son mari à Sainte Rose. Elle en parle souvent, elle y retourne à chaque occasion...

Quand je reviens dans la pièce, Mme H est allongée sur le dos, on a enlevé ses sous vêtements. Toute la partie inférieure de son corps est donc nue, exposée.

Après m'être préparé et habillé stérilement, j'installe rapidement les champs sur son bassin pour préserver ce qu'on peut encore préserver d'intimité, et de pudeur.

Je pose ma main sur le pli de l'aîne et je sens que tous ses muscles sont tendus. Je commence à lui parler :

- *Mme H, vous entendez le bruit des machines des autres patients ?*
(Mme H ou enten band machine dot malade)

Un peu interloquée par ma question qui arrive comme « un cheveux sur la soupe », elle marque un moment d'hésitation et me répond :

- *“Oui*
- *Vous entendez le bruit de la climatisation dans la pièce ?(ou enten le bruit climatisation dans la chanb)”*

Et là, un peu comme si elle ne cherchait plus à comprendre, elle me répond tout suite :

- *“Oui*
- *Vous sentez l'air frais de la climatisation au contact de votre peau ?*
(ou sen ler frais su out po)
- *Oui*
- *Vous voulez une couverture ?(ou vé in couverte)*
- *Non*
- *Vous êtes confortablement installée ? (ou lé bien allongé si out li)*
- *Ça va.(lé bon)*
- *Il n'y a rien qui vous gêne ? (na poin in afér y gin a ou)*
- *Ça va (lé bon)*
- *Concentrez vous sur votre respiration, respirez calmement...inspirez profondément...expirez tranquille...inspirez, expirez...tranquillement. et là vous sentez l'air frais qui passe dans vos narines quand vous inspirez et de l'air chaud quand vous expirez.(calcul bien out respiration, respire doucement...ral lér bien au fon...fé sortir lér doucement...doucement...ou sen lér y pas dan out né... lé cho, lé gayar)*

- *Fermer les yeux et continuer à respirer calmement...tranquillement.
(ferme out zié contin respire doucement).*

Elle ferme les yeux.

- *“Au fur et à mesure que vous respirez...calmement...les nœuds en vous se dénouent... un à un... et vous vous sentez de plus en plus détendue. (fur mesur ou respir... doucement...lo neu dans out cor lé moin sere..ou sen ou pli relaché).*

Effectivement, je constate que la tension de ses muscles s’est relâchée.

- *“Mme H., ça fait longtemps que vous n’êtes pas partie à Saint Philippe ?
(Mme H y fé lontan ou pocor parti Saint Philippe)*
- *Ça fait déjà quelques temps, oui, me répond t-elle d’une voix un peu ralentie
(na in boute tem oui).*
- *Mais qu’est que vous aimez là bas, qu’est ce qu’il y a de spécial ?
(Ko sa ou yim laba, koué sa lé special laba)*
- *Je ne sais pas mais quand je suis là bas, chez ma sœur, je me sens bien, en forme, légère malgré mon poids, j’ai de l’appétit, je savoure les aliments tout en faisant attention à ce que je mange...
(mi coné pa mé, kan moin lé laba, ché mon sér, mi sen a moin bien, gayar, légé mem si moin lé gro, mi mange bien,mi apréci sak mi mange, mé mi fé attension)*
- *Imaginez que vous êtes là bas, chez votre sœur... assise CONFORTABLEMENT dans la cuisine... sur le feu de bois, il y a un carri en train de mijoter...il y des saucisses suspendues pour êtes boucanées...en contrebas vous entendez la mer gronder (je sais que la maison est situé près de la mer), vous sentez l’air marin qui monte, chargé d’iode...”
(magine ou lé laba ché out sér, asiz dan la cuisine, su fé d’boi na in ti cari lé apré cuir, nat saucisse pendillé po boucané... en ba la case dann fon ou enten la mer y ronfe).*

Tout à coup, elle sort de sa transe et les yeux mi ouverts, elle me dit :

- *“Mais docteur vous êtes en train de me faire parler pour me piquer !!!
(docteur zot lé apré fé koz a moin po pique a moin la)”*

Un peu décontenancé, je ne sais pas quoi répondre, j’ai déjà bien avancé dans ma procédure, je tiens à rester sincère et je lui répond:

- *“C’est vrai mais c’est agréable de faire ce voyage avec vous; on apprend à mieux connaître et à aimer Saint Philippe.”
(lé vré sak ou di mé nou lé conten koz ek ou Saint Philippe, com sa nous coné bienl’endroit)*

Et là, je suis sauvé par l’infirmière qui n’était pas au courant de mes intentions (il n’y a pas eu de discussion, de préparation préalable), et qui prend le relais:

- *“Moi aussi j’adore Saint Philippe, j’ai l’impression que tout est mieux là bas, l’air est meilleur, le paysage est plus authentique, même le manger est meilleur.(moin osi mi yiem Saint Philippe, mi trouv toute lé meilleur laba, la foré lé joli, mim le mangé lé meilleur.*
- *Mme H : c’est vrai (sa lé vré)*
- *Ce que j’aime surtout, c’est m’asseoir au bord de la mer et regarder cette mer sauvage, ce bleu intense. Respirer profondément cet air marin...(sak mi yiem surtout sé assiz su bor la mer et mi regarde, sa lé **bleu**, lé **sovage**, mi yiem rale l’oder la mer)*
- *Mme H : quand j’étais adolescente, j’adorer aller plonger pour pêcher...(kan moin lé té tite moin té yiem plongé po trap poisson..)”*

Et puis à nouveau, elle sort un peu de la transe et dit, en gardant les yeux fermés :

- *C’est bien de parler mais il faudrait commencer à piquer, je ne veux pas passer la journée ici.(zot y koz, zot y koz, mé kan sa y pique in cou la, moin la besoin rente ma case)*

J’avais déjà terminé la pose du cathéter et la dialyse était lancée. Je lui demande :

- *“Mme H.?”*
- *Oui docteur?*
- *Vous entendez le bruit de la machine à côté de vous ?(ou enten le bruit la machine coté d’ou)*
- *Vous entendez le bruit des autres machines dans les autres chambres ?(ou enten le bruit dot machine dan dot chamb)*
- *Oui*
- *Quand vous voulez vous pouvez ouvrir les yeux. Il est 7 h 45, votre dialyse est commencée depuis 5 min, à 11 h 45, vous allez pouvoir rentrer chez vous. On va vous servir un petit quelque chose à boire et à manger.”(rouve out zié kan ou ve, out dialyse la fine commencé, lé 7h 45, a 11h 45 ou pouva rente out case. Si ou ve ni serve in afér po boir ou po mangé)*

Elle reste sans voix pendant quelques minutes, son regard allant de la machine à nous...

- *“Merci docteur, merci F (le prénom de l’infirmière). Merci pour tout.”*

Monsieur W.

J'ai choisi d'exposer le cas de Mr W, à titre expérimental, car j'ai essayé de mettre en oeuvre avec lui, le détournement de l'attention et la saturation.

C'est Mr W. qu'on entend hurler à chaque ponction de sa fistule, donc trois fois par semaine.

Le jour choisi, après avoir prévenu de mes intentions l'infirmière qui va le piquer, juste au moment de la ponction, je m'approche de lui, de manière telle que mon visage est à 20 cm du sien, et je le regarde dans les yeux :

- *“Mr W ! Il faut que je vous parle (Mr W moin la bésouin koz ek ou)*
- *Oui?*
- *J'ai l'impression que vous êtes sourd (on diré po moin ou enten pu)*
- *Pourquoi vous dites cela ?(a koz ou di sa)*
- *Vous n'entendez pas le bruit des machines?(mi croi ou enten pa band machine)*
- *Si ...”(ko sa ou lé apré dir)*

Il avait le regard interrogatif, troublé par mon intervention inhabituelle.

- *“Vous n'entendez pas les alarmes (ou enten pa kan y sonn)*
- *Si.(mi enten moin)*
- *C'est important d'entendre les alarmes (y fo ou entend sinon la pa bon)*
- *... ?*
- *Bientôt ce seront les patients qui devront gérer les alarmes (y tard pa sar band malade va ocupe machine)*
- *... ?*
- *Si vous n'entendez pas les alarmes, comment allez- vous faire ?(komen ou sa fér si ou enten pa)”*

L'échange a duré 2 ou 3 minutes, laissant largement le temps à l'infirmière de piquer la fistule.

- *“Ne vous posez pas de question Mr W, je suis en train de vous taquiner.(tracas pa ou moin lé apré kas a ou lé cui)*
- *Ah bon...(foutor... °”*

Finalement, il n'était pas plus étonné que cela car il avait l'habitude que je le taquine régulièrement. Il a quand même jeté un regard étonné vers son bras piqué sans qu'il s'en aperçoive.

Mme P.

Je n'ai pas encore rencontré Mme P. J'attends que se présente un moment de la journée où elle est disponible, en dehors des visites d'autres médecins, de sa famille...

J'entre dans sa chambre après avoir frappé. Je la découvre assise dans le fauteuil, habillée d'une robe de chambre; elle a pris soin de se coiffer, ses cheveux sont retenus en arrière en queue de cheval.

La télévision est éteinte, il n'y a aucun livre, aucun journal près d'elle. Elle ne ressent probablement pas le besoin de lire, peut-être trop absorbée par ses pensées.

- *“Bonjour Mme P, je me présente, je suis le Dr P, néphrologue”.*

Je m'assois sur une chaise tournée de trois quarts par rapport à son fauteuil.

- *“Comment vous sentez vous ?(komen y lé Mme P)*

- *Très fatiguée. (Moin lé bien faye)*

- *Que savez vous de votre état de santé ?(ou koné koué sa ou nana, koué sa band docteur ici la dir a ou)*

- *On m'a dit que mes reins ne fonctionnaient plus. Je ne comprends pas, je n'ai jamais été malade, sauf ces derniers temps j'étais un peu fatiguée, j'avais du mal à faire mon travail de tous les jours. (zot la dir a moin mon rin y marche pu, mi compren pa moin la jamais été malade, sof na 2,3 jour moin l'éte in pé fatigué, moin té gainy pu fér mon travail).*

- *C'est souvent comme ça avec les reins, la maladie évolue à bas bruit.(sé kom sa ek la maladi le rin, li monte si ou en misouk)*

- *Que va t'il se passer, est ce que je vais guérir ? y a t'il un traitement ?(koué sa y sa arive à moin, y traite se maladi la)*

- *Vos reins ne fonctionnent plus et ne vont probablement plus fonctionner du tout.(out rin y marche pu, é mi pens y marchra pu dutou)*

- *Un des médecins du service m'a parlé de dialyse, est ce que vraiment je vais devoir “dialyser”?(na in docteur ici la dir a moin y fo mi fé dialyse, lé vré ?)*

- *Oui.*

- *Combien de temps ? (ziskakan)*

- *Tout le temps, jusqu'à ce qu'on vous trouve une greffe (tout out vi sof si ni trouv in rin po fér la greffe) (je lui de parle de greffe pour lui allumer une petite lueur, dans ce trou noir dans lequel elle se trouve)*

- Une greffe serait envisageable ?(mi pouwa ète greffé)
- Tout à fait, vous êtes encore jeune, il faudra faire un bilan complet et ensuite vous inscrire sur la liste d'attente.(bien sur, dabor y fo fèr in ta prise de sang ek radio apré y inskri a ou su la lis°)
- En attendant il faut que je fasse de la dialyse? (moin lé obligé fèr dialyse ziska la greffe)
- Oui
- J'ai la trouille. J'avais un voisin qui faisait de la dialyse, maintenant il est mort. C'est vrai qu'il avait un certain âge mais...il « faisait pitié ». Pour moi« dialyse » est équivalent de « mort ». (moin la per, moin nana in voisin té diayse, jordi li lé mort. Bon li l'éte in pé vié...li té fè pitié. Po moin kan y fè dialyse lé bon po mor)
- Je connais des personnes qui ont plus de trente ans de dialyse (mi koné do mond y fè dialyse depuis plis 30 ans)
- On devrait commencer quand ?(kan sa y komens)
- Demain après midi
- Aurais je un calmant avant, comme pour une opération ?(zot y fè a moin in calman avan kom po in l'opération)
- C'est possible mais je voudrais vous proposer autre chose : l'hypnose. Connaissez vous l'hypnose ? (ni pé fèr a ou in calman mé mi pens na in ot afèr lé mié po ou. Ou koné l'hypnose)
- J'en ai entendu parlé, je vois quelquefois à la télé des gens qui se font hypnotiser (moin la fine entend parlé, moin la fine voir a la télé)
- Ce que vous voyez à la télé ne correspond pas à l'hypnose que je veux vous proposer. moi je veux vous aider, faire en sorte que vous soyez plus détendue, moins anxieuse pour cette première séance (sak ou woi la télé lé pa l'hypnose, moin mi vé fèr in afèr po soulage a ou, po aide a ou)
- D'accord.”(lé bon)

Le lendemain, elle arrive dans le service de dialyse en fauteuil roulant. La dialyse se passe dans une pièce isolée, un « box », où elle sera seule. Je lui présente l'infirmière et l'aide soignante qui vont aussi s'occuper d'elle. Je l'installe dans le lit allongée sur le dos, je m'assois sur une chaise à son chevet et je commence :

- “Mme P., je vais d'abord vous demander de prêter attention au bruit des machines au loin, dans les autres pièces. Ce sont des machines de dialyse qui sont en train de

fonctionner. Il y a des patients à côté qui sont en dialyse, allongés ou assis, dans leur lit, tranquillement en attendant que le temps passe. Certains lisent, d'autres dorment, d'autres regardent la télévision. Dans un peu plus de trois heures ils vont rentrer chez eux et vaquer à leurs occupations.

Maintenant je vous invite à observer les murs de cette pièce, les murs sont de différentes couleurs. Prenez le temps d'examiner une à une ces différentes couleurs. Maintenant je vais toucher votre bras gauche et l'installer dans une position particulière, ”(Mme P écoute bien le bruit band machine lot coté laba. Sa machine dialyse lé en marché, na malade l'après dialysé, nana lé asiz nana lé alongé,zot y atten y fini. nana y li,nana y dor, nana y veil la télé. Dan 3 heures tan zot y poura rente zot case é fér sak zot y vé...regarde bien les murs la chamb, na 2,3 couler, regard bien chaque couleur...Mme P mi sa touche out bras po mette a li in pé en l'air...)

(j'installe son bras gauche dans une position de catalepsie, le coude posé sur le lit, l'avant bras relevé, le poignet en flexion)

- *“Je vous propose de vous intéresser à cette main gauche ...*

Regardez la bien. Notez la couleur de la peau...le réseau de veines...il y a des bosses, il y a des creux... on dirait un terrain accidenté. (Mme P regarde out min,... regarde a li bien minm... na veine y cour desu, na trou, na bos...on diré in ravine...)

Je vous propose maintenant, quand vous le désirerez, de fermer les yeux, se sera plus confortable pour vous...(aster kan ou vé ou ferm out zié, ou sra plus tranquille)”

(il s'est passé une bonne dizaine de minutes depuis qu'elle est installée dans le lit ; l'infirmière a eu le temps, sans que Mme P. y prête vraiment attention, de faire la préparation de la zone de ponction. Dans son cas aussi, pour pouvoir effectuer la dialyse, il va falloir poser un cathéter fémoral. Donc, double épreuve pour Mme P. Bien évidemment tout cela lui a été expliqué).

Elle ferme les yeux...

“Voilà, très bien... continuez à observer cette main avec votre regard intérieur...notez la position exacte de chaque doigt, leur degré de flexion...passez en revue chaque phalange de chaque doigt... prenez conscience de leur existence...elles sont là... elles font partie de la main mais elles ont chacune leur existence...leur fonction...

En même temps vous percevez la différence de température entre la partie exposée et la partie non exposée à la climatisation...une partie fraîche...et une partie un peu plus chaude...

Et plus vous regardez cette main avec votre regard intérieur, plus vous la sentez lourde...de plus en plus lourde...tout doucement millimètre par millimètre... tout doucement... elle est de plus en plus lourde”

(lé bon kom sa... contine magine out min dan out têt, magine koman chak doi y lé, koman lé plié, regard bien chaque ti bout doi, zot tout y serv po in afér et zot tout y rende service la min. ou sen la climatisation y soufe le fré in coté... lot coté lé pli cho et pli out zié y regard out min pli li vient lourd...kom le plomb...)

(quelques petits mouvements saccadés sont observés)...

- *“Très bien...laisser là descendre... elle est de plus en plus lourde...comme attirée par le lit...Et plus elle descend... plus la respiration devient tranquille...Et plus la respiration devient tranquille...plus vous vous sentez bien*

Votre esprit se dégage...

Votre corps aussi se détend, tous les nœuds à l'intérieur de vous se desserrent... un à un...

Et vous vous sentez de plus en plus sereine... de plus en plus calme...

Vous sentez votre corps en sécurité...à l'abri de toute agression...”(pli la min lé lourd pli ou lé tranquil...out respiration lé calme...ou sen a ou bien...out main y continu descende...lo neu dan out cor y lache...out cor y repose...ou lé bien...out esprit y repose...)

(en disant cela je prepare une seringue pour injecter l'anesthésique)

- *“Maintenant vous n'allez plus entendre ma voix ...pendant quelques instants...quelques minutes...ou plus...(mi sa arête kosé in ti bout tan, laisse a ou allé, laisse out cor reposé...)*

Je vous laisse profiter de votre détente...de votre bien être”

(cela me laisse le temps de mettre en place le cathéter fémoral, en me concentrant sur mon geste et aussi à l'infirmière, une fois le cathéter en place, de procéder au branchement, de démarrer la transfusion pour corriger l'anémie et l'aider à mieux supporter la dialyse.

La machine a été réglée minutieusement, de telle sorte que la dialyse soit la plus « douce » possible (pour éviter les chutes de tension...) afin que Mme P. ne garde pas un mauvais souvenir de cette première expérience...quitte à ce que cette dialyse soit un peu moins efficace).

- *“Maintenant ou plus tard... beaucoup plus tard si vous voulez... quand vous allez vous sentir prête... à porter à nouveau votre attention sur votre main gauche, vous pourrez commencer à bouger doucement les doigts, les uns après les autres...” (kan ou decide, kan ou vé... pren tout out tan... ..ou pé bouge out doi...out min...)*
 (la dialyse allait durer trois heures, il n’y avait plus de contrainte horaire. La patiente a mis un peu plus de cinq minutes pour commencer à bouger discrètement les doigts.
- *“Très bien, serrez et desserrez le poing, faites des mouvements avec votre poignet... Et quand vous voulez, quand vous vous allez vous sentir prête, vous pouvez ouvrir les yeux... (lé bon kom sa...ou pé rouve out zié si ou vé...sere out poin...)*
 (Et là encore, elle a mis encore cinq minutes pour ouvrir les yeux...)
- *“Mme P. regardez la machine à côté de vous, votre dialyse a commencé depuis 25 min, elle va encore durer 2 h 35...elle va continuer et se terminer aussi tranquillement qu’elle a commencé.*
On peut vous servir un café ou un thé... vous donner un petit truc à manger... on peut vous allumer la télévision...
On passera vous voir régulièrement mais vous pouvez assoupir, vous endormir...(Mme P la machine lé a coté d’ou sé po fé out dialyse. Ou na encor po 2h35.ti lamp ti lamp la dialyse va finir. Si ou la envi nou serve a ou in afér po boire ou po manger...ou pé regarde la télé,ou pé dormir,kom ou vé. Nous, nous va veil a ou...)

Chapitre IV : DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

I. RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE

Depuis le début de ma pratique en dialyse (plus de 20 ans) je n'ai cessé de m'interroger, de chercher des moyens pour soulager, minimiser la douleur induite par soins et son cortège d'anxiété, chez les patients dialysés.

Faute de moyens satisfaisants, nous faisons de notre mieux avec respect et précaution.

Quand j'ai découvert l'hypnose à travers mes lectures j'ai compris que j'avais trouvé une réponse à mes interrogations. J'ai donc décidé de me former et saisi l'opportunité de m'inscrire au DU.

J'ai isolé trois types de situation douloureuse pour lesquelles un travail hypnotique pourrait être fait:

- La première d'entre elle, la plus anxiogène et pouvant générer d'importantes douleurs mais aussi, heureusement, la moins fréquente, est la pose de cathéter fémoral en cas de thrombose de la fistule artério-veineuse.
- La seconde, très anxiogène aussi, est la mise en dialyse, c'est à dire la toute première séance de dialyse, parfois associée, si le patient n'a pas été préalablement suivi en consultation et préparé (intervention chirurgicale avant la mise en dialyse pour réaliser une fistule artério-veineuse, suffisamment longtemps à l'avance pour que cette fistule puissent se développer et être utilisable) à une pose de cathéter fémoral.
- La troisième situation, la plus fréquente, est la ponction répétée trois fois par semaine pour chaque patient dialysé, de la fistule artério-veineuse par deux aiguilles, avant chaque séance. La douleur est atténuée par le patch EMLA, mais pas complètement et chez certains patients c'est largement insuffisant et même chez d'autres, l'utilisation est limitée pour des problèmes d'allergie cutanée provoquée par le patch.

II. CONFRONTATION DES OBSERVATIONS A LA PROBLEMATIQUE

A. Mon ressenti

Le premier pas est difficile

Tout d'abord, je reconnais que cela n'a pas été facile de commencer à pratiquer; je n'arrêtais pas « d'oublier », de reporter, d'attendre le moment propice...

Et je savais que si je continuais ainsi, je finirais par « mettre de côté » et « ne pas faire »...

Je ne voulais pas en arriver là car j'avais la conviction après avoir suivi les différentes sessions de formation, que j'avais acquis un outil extrêmement intéressant, qui correspondait parfaitement à mes aspirations, et qu'avec la pratique, je pourrais rendre de grands services aux patients.

J'ai du me prendre par la main et littéralement de me « jeter à l'eau ».

Déroulement stéréotypé des entretiens

Dans les cas clinique exposés et dans d'autres, le déroulement des séances est quasi identique.

Tout d'abord l'induction toujours effectuée par le VAKOG (ou plutôt le VAK).

En ce qui concerne les suggestions, le « lieu de sécurité » est souvent au menu et je ne pense pas encore, à faire des suggestions post hypnotiques.

J'espère qu'en continuant à pratiquer, en m'inspirant de l'expérience d'autres soignants à travers des lectures ou des échanges, j'arriverais à varier, à enrichir ma façon de faire, et à l'adapter au mieux aux personnes et aux situations.

Le centre de dialyse: un environnement particulier

Il faut dire que la structure de notre service et le type d'actes que nous réalisons rendent difficiles la réalisation de séances d'hypnose » formelles.

Il n'est donc pas possible pour moi de ne pas avoir de « spectateur », je ne peux pas m'isoler avec le patient. Pour des raisons d'asepsie je suis toujours accompagné d'au moins une infirmière.

Et dans cette situation, j'ai ressenti de la gêne à être observé, à risquer d'être maladroit, et la crainte de pas bien faire.

Il y a aussi de la pudeur car pour que la relation hypnotique s'établisse, il faut que l'hypnotiseur soit « vrai », qu'il « laisse tomber le masque ».

Cela explique aussi mes hésitations et réticences à pratiquer.

B. Ressenti du personnel du service

C'est à titre privé que je me suis lancé dans cette formation, je voulais ajouter « une corde à mon arc ». Il ne s'agissait pas d'un projet de service largement discuté et validé.

L'ensemble du personnel a été très surpris en prenant connaissance de mon projet. Il faut dire que pour la plupart, leur représentation de l'hypnose était celle de l'hypnose de spectacle. Quelques uns avaient vaguement entendu parlé d'intervention chirurgicale sous hypnose.

J'ai donc dû leur expliquer longuement, par petits groupes, ce que c'est que l'hypnose.

Puis, petit à petit, en me voyant pratiquer, malgré ma maladresse et la gaucherie inhérente au débutant, ils ont fini par comprendre ma démarche et à y adhérer.

Par ailleurs, à ma grande surprise, de nombreuses personnes dans mon réseau de relations amicales et professionnelles sont venues me voir, à titre personnel, pour me demander de l'aide pour eux même ou pour un proche, dans d'autres domaines que la douleur (phobie, addiction, obésité...)

III. ANALYSE CRITIQUE DES DIFFERENTS CAS CLINIQUES

Mme H. Faire un accompagnement hypnotique pour pose de cathéter fémoral après thrombose de la fistule artério-veineuse n'est pas programmable. On ne peut donc rien préparer, ni réfléchir à une stratégie. De plus, il faut aller vite ; nous avons des contraintes horaires pour les dialyses.

Il faut donc improviser. Nous sommes tout de même aidés du fait que nous connaissons bien nos patients.

L'induction a été rapide, un peu trop rapide, voire même un peu bâclée. La transe était donc légère. Heureusement qu'elle était très accrochée à son « lieu de sécurité ».

L'autre difficulté que j'ai rencontrée, est d'allier accompagnement hypnotique et geste technique. Parler et agir en même temps. L'astuce que j'ai utilisée a été de placer au bon moment de petites phrases comme: « je vous laisse le temps de profiter de ce moment... » Ou « vous n'allez plus entendre ma voix pendant quelques instants... »

La patiente n'a ressenti aucune douleur. Mais est ce vraiment dû à l'hypnose ?

N'est ce pas dû au fait que j'ai pris infiniment de précautions pour la pose du cathéter ? (on peut répondre que ça fait partie intégrante de l'hypnose : c'est « une attitude hypnotique »).

Une autre chose est certaine, c'est qu'une relation de confiance s'est établie, condition essentielle pour la réussite de l'accompagnement hypnotique.

Monsieur W

J'ai voulu vérifier expérimentalement avec Mr. W., la méthode qui consiste à détourner l'attention à pratiquer la « saturation ».

Je l'ai choisi à cause de son expression tonitruante de sa douleur.

L'efficacité a été remarquable. Je n'ai pas pu avoir son ressenti, ces capacités cognitives ne lui permettant pas de l'exprimer verbalement.

Mais le témoignage de l'infirmière qui a réalisée la ponction est formel, non seulement il n'a pas crié mais il n'a pas eu de réaction de retrait du bras, comme c'était habituel.

En pratique, mes interventions resteront limitées, je ne pourrais pas accompagner en hypnose toutes les ponctions de Mr W, et encore moins l'ensemble des patients. Il y a quinze séances de dialyse le matin, quinze séances l'après midi, tous les jours, six jours par semaine.

Par ailleurs, la méthode de « saturation » ne peut être appliquée que 2 ou 3 fois et pas à chaque fois, c'est à dire 3 fois par semaine... à vie !!!

Madame P

Je n'ai pas rencontré encore, heureusement, un cas similaire à celui de Mme P, mais si cela se reproduit, je pense que j'utiliserais la même démarche.

La consultation, l'entretien préalable, sont fondamentaux. Cela permet de faire connaissance avec le patient et surtout d'établir une relation de confiance, préalable indispensable pour un bon accompagnement hypnotique.

Elle était « dans un trou noir », un abîme et je lui ai permis d'entrevoir quelques lueurs d'espoir. Elle a compris que la dialyse n'est pas synonyme de mort, quelle pourra toujours s'occuper de sa fille de 13 ans, qu'elle pourra toujours voyager...et surtout qu'il existe la possibilité de greffe.

Le déroulement des soins sous hypnose s'est passé pour elle d'une manière assez satisfaisante. Le fait qu'elle arrive dans ce milieu inconnu, voire étrange, qu'est le centre de dialyse, était une condition propice à l'hypnose. L'induction en a été facilitée et rapide, grâce à l'utilisation de "mon VAK".

Pour la suite de la séance, j'ai voulu changer et expérimenter (avec succès) « la catalepsie ». J'aurais pu essayer aussi la lévitation.

Le ressenti de Mme P. a été très positif : « je n'ai ressenti absolument aucune douleur » et « j'ai pu dormir un peu, d'un sommeil calme, reposant ; chose qui ne m'est pas arrivée depuis quelques jours ».

En ce qui concerne la dialyse proprement dite, il est extrêmement important de tout faire pour qu'il n'y ait pas d'événement médical, ou le moins possible (malaise, hypotension...) lors de la première séance de dialyse, pour éviter un impact défavorable sur le déroulement des séances futures.

IV.DISCUSSION ETHIQUE

En ce qui me concerne, la question de la "manipulation" lors de l'utilisation de l'hypnose ne se pose même pas. L'hypno thérapeute ne manipule pas le patient, au sens de l'hypnose de spectacle. Son caractère éthique réside dans l'intention avec laquelle on utilise cet outil thérapeutique, qui doit évidemment être une intention soignante, dans le respect du patient.

Qui peut nous reprocher de créer les conditions, à un moment particulier pour des besoins thérapeutiques (soulager la douleur), propices au déclenchement chez le patient d'un état naturel (état d'hypnose), qu'il connaît, qu'il a déjà expérimenté lui même régulièrement, spontanément ?

De profiter de cet état de transe pour favoriser le recours à ses propres ressources afin de soulager sa souffrance ?

Qui peut nous reprocher d'utiliser l'hypnose, ou la communication hypnotique, pour établir plus facilement une relation de confiance avec le patient, alors qu'il est recommandé d'établir une alliance thérapeutique qui favorisera son adhésion au traitement, et que je tentais déjà de le faire sans hypnose.

Nous savons tous que l'effet placebo représente environ 30% de l'efficacité des médicaments que nous prescrivons en pratique quotidienne. Quel praticien ne l'utilise pas, au bénéfice de son patient?

Faut-il prévenir le patient ?

Je pense que c'est au thérapeute d'en juger, suivant la personnalité, les connaissances, les croyances du patient. On peut le faire après coup, après une ou plusieurs séances, pour laisser au patient le temps d'avoir expérimenté l'hypnose.

Il me semble que cela peut être contre productif si le patient nourrit des représentations fantasmatiques de l'hypnose.

Personnellement, je n'en ai parlé qu'une seule fois (Mme P). J'ai senti une flexibilité, une ouverture d'esprit.

V. APPORT DE L'ETUDE

Ce travail met en lumière que l'hypnose a toute sa place, et me semble même, maintenant que j'en ai fait l'expérience, incontournable dans un service de dialyse, ce milieu où la douleur et la souffrance sont omniprésentes.

Rien d'autre, à ma connaissance, (ou peut être d'autres thérapeutiques non médicamenteuses dont je n'ai pas l'expérience, comme l'acuponcture?) ne peut être proposé avec un rapport bénéfices/risques aussi favorable que l'hypnose pour soulager la douleur des patients dialysés. En tout cas certainement pas les médicaments antalgiques.

CONCLUSION

Depuis que j'exerce dans un centre de dialyse, j'ai été constamment confronté à la problématique de la douleur et de l'anxiété chez les patients.

Comme je l'ai déjà dit, trois fois par semaine, le patient subit une double ponction au niveau de sa fistule artério-veineuse. Il redoute la thrombose, et son corollaire, la mise en place d'un cathéter fémoral, acte potentiellement très douloureux.

La douleur est donc presque toujours liée à l'anxiété, qui vient en majorer la perception:

- Anxiété anticipatoire de la première séance, qui prend sa source dans tout ce que le patient a pu entendre dans son entourage concernant la dialyse: « on raconte tellement de choses, docteur... ».
- Anxiété répétée à chaque séance, peur de la douleur de la ponction de la fistule, de l'échec de celle-ci, des incidents possibles pendant le déroulement de la séance,...

On pourrait penser qu'entre deux séances, le patient a quarante-huit heures de répit, mais c'est sans compter les risques liés à la survenue éventuelle d'une hyperkaliémie, d'un oedème aigu du poumon...

Certains patients vivent donc "en sursis".

Cela fait de nombreuses années que je m'intéresse aux traitements de la douleur chez les insuffisants rénaux. Les moyens mis en œuvre, médicaments ou dispositifs médicaux, sont insuffisants voire décevants. J'étais donc à la recherche d'une alternative.

Quels bénéfices m'a apporté l'hypnose et que pourra-t-elle encore apporter à ma pratique ?

J'ai été sensibilisé à l'hypnose par la lecture d'un magazine. Curieux de découvrir cette pratique, j'ai saisi l'opportunité du DU pour me former.

Tout d'abord, malgré ma maladresse, ma gaucherie de débutant, j'estime que j'ai pu, et que je pourrais accompagner positivement les patients, lors de gestes techniques comme la pose de cathéter fémoral et cathéter central.

L'aide pour atténuer l'angoisse de la première séance a aussi été précieuse.

Cet apprentissage de l'hypnose, m'a aussi permis de renforcer l'alliance thérapeutique avec les patients, d'être moins démuni pour les accompagner, mieux les aider dans les épreuves qu'ils auront à traverser, donc d'être plus à l'aise.

L'hypnose m'a permis de modifier ma façon de m'exprimer, de communiquer avec les patients. Par exemple, je n'utilise plus certains mots comme "aiguille", "piqûre", "douleur"...que j'ai bannis de mon vocabulaire.

Mon idée de départ était de me former à l'hypnose pour l'utiliser lors de la réalisation d'actes douloureux. En définitive, je m'aperçois que cette formation m'a apporté un nouvel outil de communication, qui rend mon travail plus agréable.

Plus qu'un savoir faire...j'ai acquis un savoir être.

En dialyse, la technique est très présente et peut avoir tendance à déshumaniser le soin. Pratiquer l'hypnose m'a permis de **redonner du sens à mon travail**, de retrouver une empathie naturelle.

Enfin, être formé à l'hypnose est une chance, car tout le monde en tire bénéfice, autant le soignant que le soigné.

A l'avenir :

D'abord, à titre personnel, je vais continuer à pratiquer puis encore à...pratiquer, et à me former au travers de lectures, de rencontres, formations...afin d'affiner ma pratique, de m'accorder au patient d'une manière plus précise.

Je suis convaincu qu'il est indispensable que d'autres soignants du service se forment à l'hypnose pour que plus de patients puissent en bénéficier, notamment pour les ponctions de

fistules artério-veineuse, mais aussi pour m'aider lors de la mise en place des cathéters fémoraux.

Il me semble que cela améliorerait aussi la satisfaction au travail des soignants

Il est prévu d'inscrire cette formation dans notre prochain **projet de service**.

Une fois à l'aise dans ma pratique, j'envisage aussi de « **communiquer** » sur l'hypnose, en direction d'abord des autres services de dialyse de l'île avec lesquels j'ai des relations très étroites.

Puis, en direction des autres services de l'établissement, de la CME (commission médicale d'établissement) afin que l'hypnose soit inscrite dans le **projet d'établissement**, pour **consolider la qualité des soins**.

BIBLIOGRAPHIE

1. **MERSKEY H, BOGDUK N.** 2nd edition *Classification of chronic pain*. Seattle : IASP Press, 1994.
2. **PRICE, D D.** Psychological Mechanisms of pain and analgesia. *IASP Press*. Seattle, 1999.
3. **CELESTIN-LHOPITEAU, I. BIOY, A.** hypnoalgésie et hypnosédation en 43 notions. Paris : DUNOD, 2014, pp.40 à 50.
4. **BREIVICK, H.** Survey of chronic pain in Europe. Prevalence impact on daily life and treatment. *Eu. J. Pain* ; 2006 ; 10 : 287-333.
5. **CELESTIN-LHOPITEAU, I. BIOY, A.** hypnoanalgésie et hypnosédation en 43 notions : DUNOD, 2014, pp.51-54
6. **LAURENT, B. NAVEZ, M. NUTI, C.** Mémorisation de la douleur, SFAR, conférence d'actualisation, 2006.
7. **NEGRE, I. BELOEIL, H.** Mémento pratique de la douleur. Editions Arnette. 2006.
8. **BIOY, A. WOOD, C. CELESTIN-LHOPITEAU, I.** L'aide mémoire d'hypnose en 50 notions. Paris : DUNOD 2010.
9. **BIOY, A.** Découvrir l'hypnose. Inter-Editions, Paris, 2013.
10. **BIOY, A. WOOD, C. CELESTIN-LHOPITEAU, I.** L'aide mémoire d'hypnose 50 notions : Paris : DUNOD, 2010.
11. **HALFON, Yves et WOOD, Chantal.** L'utilisation de l'hypnose dans le traitement de la douleur. *Manuel d'hypnose pour les professionnels de santé*. Maloigne, Septembre 2007, pp. 195-201.
12. **BOUREAU, F.** *Introduction, La douleur induite (Mise à jour 2010)*. Institut UPSA de la Douleur, 2005.
13. **QUINTARD, M et OLIVIER, M.** La douleur induite. *DU Prise en charge de la douleur*. CHU TOULOUSE.
14. **BIOY, A.** Découvrir l'hypnose. Inter-Editions, Paris, 2013.
15. **RAINVILLE, P.** « hypnosis and the analgesic effect of suggestions » *Pain* vol°133 iss 1-2 pp 1-2
16. **COUTAUX, A et COLLIN, E.** Douleurs induites par les soins : Epidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs. *Douleur et Analgésie*. Septembre 2008, Vol. 21, 3, pp. 126-138.

17. **GOLEMAN, D.** Cultiver l'intelligence relationnelle (Social intelligence : the New Science of Human Relationships) Bantam, (2006)
18. **BENHAIEM, J-M.** Les applications de l'hypnose dans la douleur aigue induite par les soins. *CNRD - Centre National de Ressources de lutte contre le Douleur.* 2003.
19. **BENHAIEM, J-M.** Le choix de l'hypnose pour soulager la douleur. *La douleur, des recommandations à la pratique.* Mars 2009, 7, pp. 1-5.

RESUME

La personne dialysée rencontre très fréquemment des situations douloureuses, et l'anxiété liée à la douleur ou au statut même de dialysé.

Nous avons isolé, au sein de notre service de dialyse (GHER) trois types de situations douloureuses et/ou anxieuses, soit à cause de l'intensité de la douleur, soit à cause de la fréquence de ces situations.

Ce sont : - la pose de cathéter fémoral, la plus douloureuse, très redoutée par les patients.

- la ponction de la fistule artério-veineuse, la plus fréquente (3 fois par semaine).
- La première séance de dialyse, grande source d'anxiété.

Malgré une certaine maladresse, inhérente au débutant et une pratique assez stéréotypée (induction par VAKOG, suggestion de « lieu sur »), la démarche peut être considérée comme positive d'une manière certaine. L'hypnose a toute sa place dans un service de dialyse.

L'avenir c'est, à titre personnel me perfectionner, surtout en pratiquant de plus en plus. C'est au niveau du service, que d'autres personnes se forment. Au niveau de l'établissement que l'hypnose devienne un projet d'établissement.

MOTS CLES : dialyse, douleur, hypnose, empathie.