

*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.*



Diplôme Universitaire

Hypnose médicale et clinique

Année 2012-2013

**UTILISATION DE L'HYPNOSE MEDICALE DANS UN  
SERVICE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE**

Etude à propos d'un cas clinique.

Dr Claire METIVIER, Médecin généraliste

Sous la direction de Joséphine SYREN, Psychologue

## REMERCIEMENTS

A Monsieur Antoine BIOY,  
Madame Isabelle CELESTIN-LHOPITEAU,  
Monsieur Arnaud GOUCHET,  
pour leur enseignement passionnant de l'hypnose,

A Madame Joséphine SYREN,  
pour ses remarques et ses conseils sur ce travail,

A toute l'Equipe pédagogique de ce D.U.,  
pour avoir mis en place cette formation, et pour avoir partagé avec nous leurs expériences,

A Monsieur C. qui a su me faire confiance dans ses expériences de l'hypnose,

A tous mes collègues qui m'ont encouragée pour la pratique de l'hypnose,

A mes proches qui m'ont aidée pour la réalisation de ce travail.

# SOMMAIRE

Remerciements .....	1
Sommaire .....	2
Introduction.....	4
Chapitre 1. Revue théorique des travaux et problématique .....	5
I. La douleur.....	5
A. Définitions de la douleur .....	5
B. Douleurs aiguës .....	5
C. Douleurs induites par les soins.....	5
D. Perception de la douleur .....	6
E. Répercussions de la douleur .....	6
II. L'hypnose.....	7
A. Définitions .....	7
B. La séance d'hypnose .....	7
C. La communication hypnotique.....	8
a. L'écoute .....	8
b. Le choix des mots et la rhétorique hypnotique.....	8
c. Les suggestions .....	9
d. La communication non verbale .....	9
e. Hypnose conversationnelle .....	10
III. Hypnose et douleur .....	10
A. Approche neurophysiologique .....	10
B. Hypnose et douleurs aiguës (23).....	11
a. La distraction .....	11
b. Faire évoluer la douleur .....	11
c. Les suggestions d'analgésie.....	12
d. Hypnose et douleurs induites par les soins (14) .....	12
IV. Hypnose et anxiété.....	12
V. Hypnose et émotions .....	13

VI. Problématique.....	14
Chapitre 2. Méthodologie de la recherche .....	15
I. Description de la population .....	15
A. La médecine physique et de réadaptation.....	15
B. Le centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle Ylang-Ylang (CRF).....	15
II. Présentation du cadre de la rencontre .....	15
III. Présentation du patient .....	16
Chapitre 3. Résultats et données cliniques.....	18
I. Présentation de déroulé des entretiens.....	18
II. Exposé des observations cliniques .....	19
A. Observation n°1.....	19
B. Observation n°2.....	23
C. Observation n°3.....	24
III. Résultats obtenus.....	27
A. Au cours de la journée choisie .....	27
B. Au cours de la période d’accompagnement en hypnose.....	27
C. Suite de l’histoire.....	28
Chapitre 4. Discussion.....	29
I. Rappel de la problématique .....	29
II. Confrontation des observations à la problématique .....	29
A. Intégration dans ma pratique au CRF.....	29
B. Effet antalgique .....	29
C. Effet anxiolytique .....	30
D. Modification de la relation soignant / soigné .....	31
III. Discussion éthique.....	32
A. Relation d’influence.....	32
B. Vivre l’imaginaire.....	33
C. Prévenir le patient ? .....	33
IV. Apport de cette étude .....	34
Conclusion .....	35
Bibliographie.....	37
Annexe.....	39

## INTRODUCTION

Depuis la fin de mon internat en 2009, je cherche à continuer à me former à travers les Diplômes Universitaires. Certains thèmes m'attiraient particulièrement : Pédiatrie, Antibiothérapie, Médecine Tropicale. Je suis allée sur le site internet du Service Universitaire de Formation Professionnelle de la Réunion à la recherche d'informations pratiques pour les inscriptions. Par curiosité, j'ai consulté la liste complète des DU et celui d'Hypnose Médicale et Clinique a éveillé ma curiosité. Qu'est-ce que c'était ? Je n'en avais que l'image de l'hypnose de spectacles, et ne savais pas qu'elle pouvait être utilisée dans le monde médical. Ni au cours de mes études médicales ou de mes formations ultérieures, ni au cours de mes différents stages ou expériences professionnelles, le thème n'avait été abordé. J'ai donc cherché sur internet les informations disponibles, lu des définitions, des articles, des récits d'expérience, regardé des vidéos. Mon intérêt allait croissant. Mais comment s'y retrouver dans la masse d'informations disponibles sur le web ? Quoi de mieux que de s'inscrire à une formation universitaire pour avoir une information de qualité, validée ? Je me suis donc inscrite au DU dans le but de découvrir ce que c'était.

Je suis médecin généraliste dans un centre de rééducation. Les pathologies rencontrées dans le service sont variées : orthopédiques (prothèses, fractures, amputations), neurologiques, rhumatologiques. De nombreux patients ont besoin de morphiniques, notamment avant les soins (plaies, escarres, kiné par exemple). Ces situations nécessitent parfois l'ajout d'anxiolytiques devant l'appréhension des patients. Je supposais que l'hypnose était une technique intéressante dans ce cadre, pouvant contribuer à leur confort, tout en diminuant l'utilisation des traitements médicamenteux.

Comment allais-je pouvoir l'intégrer à ma pratique actuelle ? Sous quelle forme ? Je l'ai utilisée pour la première fois chez un patient tétraplégique dans le cadre de la prévention des douleurs induites par les soins et de douleurs aiguës, sur une période de plusieurs semaines. Quels résultats en attendre ?

# CHAPITRE 1. REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE

## I. La douleur

### A. Définitions de la douleur

Une définition de la douleur fréquemment citée est celle de l'IASP (International Association for the Study of Pain) :

*La douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion » (1).*

Price en propose une autre (2) :

*« La douleur est une perception somatique qui comporte : une sensation corporelle possédant les critères énoncés lorsqu'un tissu est lésé ; un vécu de menace associé à cette sensation ; un sentiment de déplaisir ou toute autre émotion négative s'appuyant sur ce vécu de menace ».*

Ces définitions mettent en avant l'existence de différentes composantes de la douleur : sensorielle et discriminative, émotionnelle, cognitive, mais aussi culturelle et comportementale. C'est une expérience complexe, multidimensionnelle, globale (3).

### B. Douleurs aiguës

On distingue une douleur aiguë d'une douleur chronique selon sa durée d'évolution (on parle de douleur chronique si celle-ci persiste au-delà de trois à six mois). Elles n'ont pas la même fonction : la douleur aiguë a une fonction de protection, elle est brutale et joue le rôle de signal d'alarme pour l'organisme. Son intensité douloureuse est souvent augmentée par des manifestations d'angoisse.

### C. Douleurs induites par les soins

Le patient hospitalisé, quelle qu'en soit la cause, doit le plus souvent subir divers examens (cliniques, radiologiques, biologiques, etc), divers soins, parfois répétés et nombreux, pouvant être à l'origine de douleurs. Ces douleurs peuvent être provoquées, iatrogènes ou induites. En voici les définitions que propose François BOUREAU dans son introduction de l'ouvrage « La douleur induite » de l'Institut UPSA de la Douleur (4) :

Douleur provoquée : *Se dit d'une douleur intentionnellement provoquée par le médecin (ou un soignant) dans le but d'apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur.*

Douleur iatrogène (du latin « iatro » médecin et « genesis » origine) :

*Se dit d'une douleur causée par le médecin (ou son traitement) de façon non intentionnelle et n'ayant pu être réduite par les mesures de prévention entreprises.*

Douleur induite : *Se dit d'une douleur, de courte durée, causée par le médecin (ou une thérapeutique) dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées.*

Les douleurs induites peuvent avoir pour origine des soins d'entretien de la vie (toilette, habillage, etc), des soins techniques (tous les gestes invasifs : ponctions, pose ou retrait de sondes, mais aussi la kinésithérapie par exemple) ou des traitements (pharmacologiques, de radiothérapie, chirurgicaux).  
(5)

Elles sont très fréquentes et souvent sous évaluées, malgré une prise de conscience récente (6).

#### D. Perception de la douleur

Nous avons vu précédemment les différentes composantes de la douleur (sensorielle et discriminative, émotionnelle, cognitive, mais aussi culturelle et comportementale).

Lors d'un soin, il existe une hyperfocalisation de l'attention du patient sur ce soin et sur sa douleur. Il est dans ce cadre très suggestible et réceptif à tous les signes verbaux et non verbaux du soignant. Pour un soin, un même patient n'aura pas la même perception de la douleur selon l'environnement dans lequel il se trouve, son état émotionnel, les soignants présents, leurs attitudes et les paroles prononcées. De même, deux patients auront une perception différente de la douleur induite par un même soin selon leurs histoires personnelles, leurs cultures.

La perception de la douleur sera également modifiée par l'anticipation anxieuse de celle-ci. Il existe un lien très fort entre sensation et émotion. Si une personne s'attend à avoir mal, elle ressentira effectivement une douleur. Cela s'explique par le blocage de l'inhibition cérébrale et spinale de la douleur par le patient. Il peut également, par ce mécanisme, inhiber l'efficacité des traitements antalgiques (7).

#### E. Répercussions de la douleur

Les conséquences d'une douleur mal soulagée lors d'un soin sont d'ordre physiologique et psychologique. Lors d'un geste ultérieur, la perception de la douleur sera souvent majorée, moins bien soulagée par les antalgiques habituels, parfois accompagnée d'une peur de ce geste pouvant aller jusqu'à la phobie, et pouvant s'associer à des troubles du comportement (8) (9). L'expérience

douloureuse entraîne une modification de la relation à son propre corps, mais aussi aux autres et au monde autour (10).

## II. L'hypnose

### A. Définitions

Qu'est-ce que l'hypnose ? Vaste question... Est-ce un état, un processus, un outil, une technique, une forme de communication ? L'hypnose est difficile à définir.

L'état hypnotique apparaît comme un état de conscience particulier, modifié :

Bernheim, en 1886 en disait : « *La seule chose certaine, c'est qu'il existe chez les sujets hypnotisés ou impressionnables à la suggestion une aptitude particulière à transformer l'idée reçue en acte* ». Milton Erickson, en 1958, le définissait comme « *un état de veille, avec concentration accrue, permettant une augmentation de la réceptivité et de la réactivité à une idée ou un groupe d'idées* » (11).

Cet état particulier et le cadre dans lequel il est provoqué et accompagné par un praticien (c'est-à-dire celui d'une relation thérapeutique) sont les deux aspects qui composent l'hypnose (12) (13). Voici plusieurs définitions qui les associent :

« Un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissage » Milton Erickson.

« Etat de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi » Antoine Bioy, Chantal Wood, Isabelle Célestin-Lhopiteau (12).

Et dans le cadre de la douleur :

« *L'hypnose thérapeutique est une expérience relationnelle mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques permettant à l'individu de mieux vivre, d'atténuer ou de supprimer une pathologie douloureuse aiguë ou chronique* » Jean-Marc Benhaiem (14).

### B. La séance d'hypnose

Une séance d'hypnose comporte plusieurs phases. On part de l'état de veille ordinaire, dans lequel le patient est en relation avec le monde extérieur par le biais de sa raison et ses sens. La cognition est initialement forte, et diminue peu à peu au cours de la séance pour laisser la place à une sensorialité forte.

La première étape est celle de l'induction. Elle consiste à demander au patient de fixer son attention ou son regard sur un objet, une partie de son corps, un son, une image (au choix ou successivement). Cette fixation provoque une restriction du champ perceptif qui aboutit à la dissociation.

La deuxième étape est celle de la dissociation ou de la confusion. Le patient se coupe de sa perception habituelle du quotidien (sensorielle et intellectuelle) et entre dans un autre mode de perception : la perceptude (François Roustang, 2004).

La troisième étape est celle de la perceptude. C'est une ouverture, un état dans lequel le patient fonctionne en dehors de la raison. Il entre dans une perception sensorielle plus large. Les informations apportées par les cinq sens se mélangent. Cela lui permet de faire un pas de côté, d'envisager les choses autrement, de visualiser un problème différemment, en utilisant ses propres ressources, son imagination et son inventivité, guidé par les suggestions du soignant.

La dernière étape est le retour à l'état de conscience ordinaire. (15) (16)

### C. La communication hypnotique

Comme nous l'avons vu, la pratique de l'hypnose s'inscrit dans le cadre d'une relation entre soigné et soignant. Comme dans toute relation, l'échange est basé sur la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale. « Une communication « soignée » devient une communication « soignante ». Un discours « bien pensé » devient un discours « bien pansant ». La communication devient thérapeutique. » (11)

#### a. L'écoute

« Parler est un besoin, écouter est un art » Goethe.

Bien communiquer, c'est avant tout savoir bien écouter. C'est une étape importante pour instaurer une relation de confiance. Cela nécessite pour le soignant de se rendre disponible, de se mettre en capacité et dans l'état d'esprit de recevoir ce que l'autre nous dit (17). Il est intéressant, tout en écoutant, de noter la façon dont la personne le dit, le vocabulaire qu'elle utilise, les expressions, le registre lexical, l'intonation et le rythme qu'elle utilise. Tous ces éléments donnent des informations sur la personne qui est en face.

#### b. Le choix des mots et la rhétorique hypnotique

Comme nous l'avons vu précédemment, le patient douloureux est en « sur-écoute », focalisé. Le soignant doit donc être particulièrement attentif au choix des mots qu'il utilise. Les termes doivent être simples et adaptés au patient, reprendre si possible le registre lexical du patient.

Il est intéressant de garder à l'esprit que le cerveau n'entend pas la négation. Par exemple, dans « Ne vous inquiétez pas », souvent utilisé dans le milieu médical, le patient va se focaliser sur son inquiétude. On peut par exemple utiliser « Rassurez-vous ».

L'utilisation du « mais » et du « si » est à éviter. Par contre, il est intéressant d'employer des termes de liaison comme : « et », « lorsque », « tandis que », « quand », « dès que », même quand le lien entre deux propositions n'est pas évident. Les verbes de mouvement, de changement, de transformation sont à favoriser par rapport aux verbes d'état.

Tout au long de son accompagnement, le soignant peut saupoudrer son discours de termes en lien avec le confort et le calme, comme « tranquillement », « sereinement », « calmement », « confortablement ». Il peut également faire des recadrages sémantiques : parler d' « inconfort », plutôt que de « douleur », de « fraîcheur » plutôt que de « froid », de « chaleur » plutôt que de « brûlure ». (18) (10) (11)

### c. Les suggestions

Définition du Larousse :

« *Action de suggérer, d'inspirer une idée, une pensée* : Recourir à la suggestion plutôt qu'à l'explication. *Ce qui est suggéré sans être imposé* : Ce que je vous dis est une simple suggestion. *Technique psychique reposant sur la croyance qu'une personne peut influencer, par la parole, un état affectif ou une conduite d'une autre.* »

Les suggestions peuvent être directes : le soignant fait des propositions claires au patient. Elles peuvent être également indirectes : l'objectif est bien défini, mais n'est pas formulé en tant que tel au patient. Elles sont utilisées couramment en hypnose dans le but d'obtenir un changement chez celui-ci.

### d. La communication non verbale

Le soignant, dans son écoute du patient, doit également être attentif au non-verbal, c'est-à-dire à la posture, aux attitudes, aux mimiques du visage, et à la gestuelle de son interlocuteur. Ceci donne des indications sur l'état intérieur du patient et permet d'adapter le déroulé de la séance, de se réajuster à lui en permanence.

Inconsciemment, nous nous sentons plus en sécurité avec les personnes qui nous ressemblent. Dans le but de favoriser un climat de confiance, le soignant peut donc *a minima* imiter les gestes ou les attitudes du patient (par exemple croiser les jambes quand le patient le fait) : c'est ce qu'on appelle le pacing. L'harmonisation de la respiration du soignant à celle du patient en fait également partie. Cette technique est donc utilisée volontairement pour entrer en contact.

Inversement, par son attitude et par ses gestes, par le ton de sa voix, le soignant transmet également des informations à son patient. En ayant une attitude calme et posée, il peut amener son interlocuteur à se calmer, à s'apaiser.

« Ces phénomènes d'échoïsation, plus ou moins manifestes, constituent un procédé d'accordage affectif et permettent des interférences émotionnelles » Cosnier, 1996. (19)

#### e. Hypnose conversationnelle

Il n'y a pas de frontière claire entre un mode de communication banal et l'hypnose conversationnelle. Il s'agit d'une conversation entre un soignant et un patient en vue d'atteindre un objectif fixé. Le soignant utilise pour cela un mode de communication plus adapté au patient, en utilisant tous les éléments de la communication hypnotique décrits précédemment, sans qu'il n'y ait une phase d'induction. Le patient se trouvera alors dans un état hypnotique léger (18).

### III. Hypnose et douleur

Nous avons vu que la douleur est une expérience complexe, avec diverses composantes, en particulier une composante sensorielle et une composante émotionnelle qui sont intimement liées. L'hypnose va pouvoir être utilisée pour en modifier l'une et /ou l'autre.

#### A. Approche neurophysiologique

L'effet de l'hypnose sur l'activité cérébrale a été étudié en Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) fonctionnelle et par Tomographie par Emissions de Positons (PET Scan) par l'équipe de Pierre Rainville, à Montréal. Elle a montré qu'il existait, lors de suggestions d'analgésie, des modifications très sélectives de l'activité de régions cérébrales mises en jeu par les stimulations douloureuses expérimentales (20).

L'équipe du Pr Faymonville, à Liège, a montré que, chez les sujets en hypnose, la partie moyenne du cortex cingulaire antérieur module différemment son activité en réponse à un stimulus douloureux. Son activité intervient dans la composante affective de la douleur. Elle émet également l'hypothèse que la composante sensorielle du stimulus douloureux varie sous l'influence du cortex cingulaire antérieur. Il semble exister une modification des processus attentionnels des stimuli nociceptifs perçus (au niveau du cortex préfrontal), une modulation de la perception douloureuse (au niveau de l'insula, qui est impliquée dans les processus affectifs et émotionnels), une organisation des réponses comportementales plus adaptées (au niveau de l'aire motrice et du striatum), et probablement une inhibition descendante de la douleur (au niveau de la substance grise péri-aqueducule). Elle en conclut que le cortex cingulaire antérieur joue un rôle critique dans la modification qu'induit l'hypnose sur la composante sensorielle, affective, cognitive et comportementale de la douleur. (21) (22)

## B. Hypnose et douleurs aiguës (23)

Il est important de noter qu'un patient ayant une douleur est à l'écoute de cette douleur, il est focalisé dessus. Il est déjà dans ce que l'on pourrait appeler une transe physiologique négative. L'hypnose est un outil très utile dans ce contexte. Faire évoluer cette sensation, la transformer, lui permet de moins l'entendre.

### a. *La distraction*

La distraction, très souvent utilisée par les parents avec leurs enfants, est efficace pour se détacher de la douleur, s'en éloigner, « écouter » autre chose. Elle n'est cependant qu'un simple moyen de détourner l'attention. Elle peut être utilisée comme technique d'induction à l'hypnose.

### b. *Faire évoluer la douleur*

Le but recherché est de faire évoluer la douleur. Le patient, acteur dans cette évolution, contrôle ce qui se passe : il n'est donc plus soumis à sa douleur.

On peut suggérer au patient de déplacer le lieu de la douleur, de la faire migrer ailleurs, dans un lieu plus confortable pour lui et/ou pour elle. Pour cela, les analogies peuvent être utilisées (comme des poissons qui devraient occuper un lagon par exemple), ou alors dessiner avec son doigt un trajet que la douleur suivra, comme si elle était aimantée.

Il est intéressant de faire visualiser au patient le moment où la douleur bougera, et deviendra moins inconfortable. On peut également proposer une distorsion du temps : demander à l'esprit inconscient d'accorder le moins de temps possible à la douleur et le plus de temps possible au soulagement.

On peut faire varier l'intensité de la douleur. On peut proposer de la faire évoluer avec la respiration par exemple : plus légère à l'inspiration, plus lourde à l'expiration (ou l'inverse, plus intense à l'inspiration et plus relâchée à l'expiration). On peut également demander au patient d'imaginer un circuit électrique avec un variateur (ou un poste de radio avec une musique désagréable, ou autre chose, selon ses centres d'intérêt) et de faire varier l'intensité de la douleur en tournant le bouton dans un sens pour d'abord l'augmenter, puis dans l'autre sens pour la diminuer.

On peut demander au patient de décrire sa douleur de manière très précise, et lui suggérer par la suite d'en modifier certains aspects (un ou plusieurs), ou de remplacer une sensation par une autre (réinterprétation). On peut également utiliser la réification : lui demander de représenter sa douleur par un objet et d'en énumérer toutes les caractéristiques, puis d'en modifier un élément (sa couleur, sa taille, ou autre chose). Ou encore utiliser le portrait chinois.

### c. Les suggestions d'analgésie

Les suggestions de dissociation sont souvent utilisées dans la prise en charge de la douleur. Elles consistent à demander au patient d'être ici et ailleurs en même temps. On peut lui proposer d'aller dans un endroit agréable ou un souvenir agréable, dans lequel il se trouve en sécurité (la *safe place*). Il peut ainsi s'éloigner de plus en plus de ce qui se passe là où il est, retrouver un sentiment de sécurité intérieure, tout en vivant intensément ce qui se passe dans cet ailleurs.

Les suggestions d'anesthésie consistent à « endormir » une partie du corps (la partie douloureuse, ce qui est difficile, ou une autre). La technique du Gant magique est fréquemment utilisée en hypnose pour endormir une main. Il est ensuite possible « d'anesthésier » une autre partie du corps (la zone douloureuse par exemple) par contact direct de la main endormie, ou en laissant diffuser les sensations éprouvées.

### d. Hypnose et douleurs induites par les soins (14)

L'hypnose peut être utilisée lors de la réalisation de soins douloureux. Les techniques utilisées sont celles décrites précédemment. Demander au patient d'imaginer et de vivre un soin qui se passe bien peut être une autre technique (c'est une anticipation thérapeutique (24)).

Il existe alors un effet antalgique noté : la douleur paraît réduite, atténuée et supportable. A cette première constatation s'ajoute le fait que la pratique de l'hypnose modifie le vécu et permet aux patients de "bien vivre" les soins, de mieux aborder l'acte éventuel et de garder un souvenir non traumatique du milieu médical ou chirurgical auquel ils ont été confrontés. Ceci est d'autant plus important chez les patients devant subir des soins ou des examens prolongés ou itératifs. Par son action à plusieurs niveaux, l'hypnose peut également éviter le passage à la chronicité d'une douleur aiguë ainsi que la survenue d'un syndrome post-traumatique, avec phobie des soins.

## IV. Hypnose et anxiété

L'anxiété est une réaction naturelle face à une situation de stress. Un patient douloureux ou dans l'attente d'un soin est dans un état anxieux (qui peut être léger ou intense). Dans son accueil, le soignant peut, par son attention, son calme et le choix des mots qu'il utilise, en étant présent à l'autre, faciliter la diminution de son niveau d'anxiété. L'efficacité de cette attitude (*mirroring*) a été montrée par la découverte des « neurones miroirs » dans le cortex cérébral (25). Ces neurones sont activés chez la personne qui fait et chez la personne qui regarde faire.

*« Si le thérapeute se laisse angoisser par l'acte de soin ou par le comportement de son patient, alors celui-ci le perçoit et ne trouve pas son lieu de sécurité. A l'inverse, si le thérapeute est tranquille,*

*respectueux et à l'aise dans sa pratique, le patient le ressent et imite le thérapeute. »* (J-M Benhaiem, 2010). (24)

L'hypnose agit sur la composante sensorielle, affective, cognitive et comportementale de la douleur (21), et contribue donc à apaiser l'anxiété qui lui est souvent associée. Elle procure une sensation de détente et de relaxation. L'état de transe hypnotique se caractérise par des changements perceptibles au niveau physique avec un ralentissement des rythmes cardiaque et respiratoire, et souvent un sentiment d'apaisement et de détente. Cette pratique offre la possibilité pour un patient de focaliser son attention sur un lieu sûr, sur des suggestions de confort. Comme pour la douleur, le travail sur la respiration, la réification et l'exploration de la *safe place* peuvent être utilisés.

## V. Hypnose et émotions

Définition du Larousse :

*« Trouble subit, agitation passagère, causés par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, etc. Réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement. »*

La racine étymologique du mot « émotion » est « motere », verbe latin signifiant « bouger », suggérant que dans chaque émotion, il y a une action : l'émotion est un mouvement.

Il n'existe pas d'école de l'émotion. Prendre conscience de ses émotions, savoir les reconnaître, ne pas en avoir peur, les nommer, n'est pas évident. Apprendre à le faire permet de mieux les reconnaître chez les patients rencontrés, de mieux les accueillir et les accompagner. Cela correspond à la prise en charge de la composante émotionnelle de la douleur, comme pour l'anxiété. (10)

Une séance d'hypnose peut provoquer chez un patient de nombreuses émotions, plus ou moins agréables. Il convient de ratifier ce qui se passe, et d'aider le patient à traverser ces émotions. Parfois une phrase simple suffit : « Oui, c'est normal, c'est intéressant ce qui est en train de se passer. »

## VI. Problématique

Comment l'hypnose s'intègre-t-elle dans ma pratique de médecin généraliste en centre de rééducation ? Qu'apporte-t-elle dans ma prise en charge des patients, en particulier les patients douloureux, que ce soit dans le cadre de douleurs induites par les soins, ou de douleurs aiguës ?

Ma première hypothèse est qu'avec l'utilisation de l'hypnose, on peut s'attendre à une diminution de la douleur et de l'anxiété. Cet effet est attendu quand elle est utilisée seule, mais aussi en complément de thérapies médicamenteuses, en s'ajoutant à leurs effets.

Ma deuxième hypothèse est qu'il existe une modification de mon comportement, une modification dans ma relation à l'autre, depuis que j'utilise l'hypnose. Ma prise en charge me semble plus globale.

Pour cela, nous étudierons comment l'hypnose s'est intégrée dans ma pratique dans le suivi d'un patient hospitalisé en rééducation.

## CHAPITRE 2. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

### I. Description de la population

#### A. La médecine physique et de réadaptation

Définition de l'Union européenne des médecins spécialistes :

*La "médecine physique et de réadaptation" (MPR) est la spécialité qui a pour rôle de coordonner et d'assurer la mise en application de toutes les mesures visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités.)*

#### B. Le centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle Ylang-Ylang (CRF)

Le centre dans lequel je travaille est un centre spécialisé à orientation neurologique. Il accueille cependant des patients souffrant de pathologies variées (neurologiques, orthopédiques, et rhumatologiques principalement). Le centre accueille entre 75 et 80 patients : 25 en hospitalisation et entre 50 et 55 en hôpital de jour. Chaque patient est suivi sur le plateau technique par différents thérapeutes (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophoniste, psychologue, neuropsychologue, professeur de sport) selon sa pathologie, ses besoins, et ses capacités. Comme dans tout service, il est en contact avec l'équipe soignante (infirmiers, aides-soignants).

Les patients hospitalisés sont ceux qui n'ont pas, ou pas encore, la capacité suffisante pour être à domicile le soir et venir au CRF la journée, autonomes dans la gestion de leurs diverses séances de rééducation et leurs activités de la vie quotidienne. Ils sont adressés principalement par les services de médecine (neurologie, médecine polyvalente principalement) ou de chirurgie (neurochirurgie, orthopédie) des hôpitaux du Nord, de l'Ouest ou du Sud de La Réunion. Rarement, ils peuvent venir du domicile, adressés par le médecin traitant.

### II. Présentation du cadre de la rencontre

En tant que médecin généraliste, j'interviens principalement auprès des patients en hospitalisation, dont j'assure le suivi médical, conjointement avec le médecin rééducateur. Je suis en lien avec le médecin traitant, les différents spécialistes, et les familles.

Il n'y a pas de visite systématique. Je vois les patients principalement en chambre, à leur demande, à celle des soignants ou des thérapeutes. J'ai la possibilité de les voir sur le plateau technique, ou dans mon bureau si besoin.

Une ergothérapeute du CRF est sophrologue. Aucun soignant n'est formé à l'hypnose. En revanche, tous savent que je suis une formation actuellement.

### III. Présentation du patient

Monsieur C a 30 ans. Il ne présentait pas d'antécédent médical particulier. Il vivait avec ses parents, qui tiennent une exploitation agricole dans les Hauts, au Nord de l'île. Il est le deuxième d'une fratrie de trois garçons. Ses frères et son père sont un soutien. Les relations avec sa mère sont plus difficiles. Il a commencé des études de psychologie, puis a arrêté et a fait de nombreux petits boulots. Son dernier emploi remonte à quelques mois, en tant qu'agent de sécurité. Il est engagé au niveau associatif dans son quartier. Il se décrit lui-même comme « une grande gueule ». Au niveau de la fratrie, il est celui « sur lequel on peut compter », il participait au niveau de l'organisation de l'exploitation agricole familiale et devait la reprendre avec son père. Il était sportif, et faisait régulièrement de grandes randonnées dans les Hauts et dans les cirques, en particulier dans Mafate.

Il a fait une chute d'un manguier quelques mois auparavant, à l'origine d'une fracture cervicale avec contusion médullaire, entraînant une tétraplégie haute. Initialement pris en charge en neurochirurgie, il a été opéré avec fixation de la vertèbre. Il a ensuite passé un mois en réanimation neurochirurgicale où il a pu être sevré de sa trachéotomie et reprendre une alimentation orale.

A son arrivée dans notre service, il présente une tétraplégie flasque sans aucune récupération depuis son accident. Il existe uniquement un contrôle partiel de l'épaule prédominant à gauche, avec par contre une sensibilité conservée sur l'ensemble du corps. Il est dépendant pour toutes les activités de la vie quotidienne. Progressivement s'installe une rigidité des membres supérieurs en flexion, les mains se positionnant spontanément au niveau du cou, les poignets en extension. Il se plaint de douleurs cervicales par moments très intenses, fréquentes au moment des mobilisations ou transferts. Ces douleurs existent également en dehors de tout mouvement. Elles sont souvent plus fréquentes en début de semaine, sont favorisées par les épisodes intercurrents de fièvre (d'origine urinaire principalement), de constipation ou toute autre épine irritative. Lors de ces épisodes, la rétraction des membres supérieurs en flexion est plus importante. Les différents examens effectués ont éliminé une complication neurochirurgicale, en particulier un déplacement de matériel. Il a un traitement morphinique donné en systématique en début de matinée et en début d'après-midi, avant la toilette et les séances de kiné (deux par jour), et de manière itérative en fonction des douleurs aiguës.

Au niveau rééducation, les séances de kinésithérapie sont difficiles, la mobilisation des membres supérieurs est douloureuse malgré le traitement par morphiniques et myorelaxants. Le kiné obtient une flexion des coudes de 90° environ, pas plus. L'ergothérapeute a commencé l'utilisation avec lui de

la sophrologie sur ses séances de l'après-midi. Il adhère bien à la prise en charge et se sent détendu dans les suites immédiates.

A trois mois de son accident, il a revu le neurochirurgien. Il n'y a aucune récupération et le pronostic fonctionnel n'est pas bon. Il lui est annoncé qu'il ne remarchera jamais.

La semaine suivante, le kiné et l'ergothérapeute sont venus me voir pour me demander si je pouvais lui proposer de l'hypnose lors des séances de kiné. Je n'avais pas encore mis en pratique les enseignements reçus lors du DU d'Hypnose médicale, ne me sentant pas prête. Je repoussais toujours à plus tard, ce n'était jamais le bon moment. Mes seuls essais avaient été des exercices avec des proches, sans but thérapeutique. La nécessité de proposer quelque chose d'autre à Monsieur C, et la détresse des thérapeutes, m'ont poussée à accepter. J'avais trouvé mon premier patient !

## CHAPITRE 3. RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES

### I. Présentation de déroulé des entretiens

J'ai donc commencé à suivre Monsieur C. dès le lendemain, lors de sa séance de kiné du matin. Il n'a jamais fait d'expérience d'hypnose mais est partant pour tout essayer. Il fait de la sophrologie tous les après-midi, il rentre facilement dans l'état de détente et l'apprécie beaucoup. Il est prévenu que je suis en formation. Son kiné ne connaît pas, lui non plus, mais est très curieux de savoir ce que c'est, d'expérimenter l'hypnose.

Les séances se déroulent dans un box de kiné fermé, au sein de la grande salle de kiné. La luminosité est réduite. Monsieur C. descendait de sa chambre initialement en brancard accompagné par un membre de l'équipe et restait dessus pour la séance. Il a pu par la suite être installé en fauteuil et être descendu dedans, la séance se déroulant ainsi. Je m'installe sur un tabouret à côté de lui, près de sa tête, d'abord d'un côté, puis je change en cours de séance (en fonction du membre supérieur mobilisé). Le kiné fait une mobilisation des deux membres supérieurs et parfois finit par un massage cervical, voire du visage.

Les membres du plateau technique sont prévenus. Il arrive de temps en temps que quelqu'un rentre dans la pièce pendant la séance, mais en ressort la plupart du temps sans parler quand il prend conscience de ce que l'on est en train de faire.

J'ai accompagné Monsieur C. lors de ses séances de mobilisation quatre matins par semaine pendant un mois et demi.

Les séances se déroulaient toujours de la même façon. Le patient fermait de lui-même les yeux. Je lui proposais une partie du VAKOG (exploration de l'environnement par les différents sens : Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif), puis de se concentrer sur sa respiration et ensuite de partir dans un lieu de son choix (la plupart du temps en randonnée sur les chemins des Hauts). Le kiné commençait en général la mobilisation après le travail de respiration.

Les trois entretiens présentés se sont déroulés la même journée, ce qui est exceptionnel. Lors de la séance du matin, Monsieur C. était douloureux à son arrivée dans le box et ne se sentait pas capable de faire comme d'habitude, il disait qu'il n'allait pas y arriver : c'est l'observation n°1.

A la fin de cette séance, je lui ai proposé de revenir l'après-midi puisque le kiné n'avait pas pu faire ce qu'il aurait voulu cette fois-ci. Il a accepté : c'est l'observation n°2 (qui correspond, à peu de choses près, aux séances habituelles).

En fin d'après-midi, j'allais partir quand son ergothérapeute est venue me voir disant qu'elle n'avait pas pu faire de sophrologie avec lui car il était très douloureux, et qu'il pleurait. Est-ce que je pouvais aller le voir ? C'est l'observation n°3.

## II. Exposé des observations cliniques

### A. Observation n°1

Aujourd'hui, il existe de violentes douleurs cervicales. Monsieur C. est très tendu, crispé, anxieux.

- « Je n'arrive pas à me concentrer sur les bruits extérieurs.
- Sur quoi pouvez-vous vous concentrer ?
- Je ne sais pas, il n'y a rien d'autre que la douleur.
- Pouvez-vous me la décrire ?
- C'est comme un grand feu, qui brûle, qui se consume et me consume... et qui détruit tout sur son passage.
- De quelle couleur est-il ?
- Il est rouge...
- Est-ce que vous pouvez préciser ?
- C'est très rouge... d'un rouge intense.
- Il y a d'autres couleurs ?
- Non, c'est juste rouge.
- Quelle forme a ce feu ?
- C'est haut... les flammes, elles sont très hautes.
- Est-ce que vous entendez quelque chose ? Peut-être un crépitement ou autre chose ?
- Non, y a pas de bruit.
- Est-ce que vous sentez quelque chose ? Est ce qu'il y a une odeur ?
- (respiration plus ample)... non, pas d'odeur.
- Si on pouvait ajouter une couleur à ce feu, quelle couleur ce serait ?
- (silence)... peut être le orange.
- Où pourrait-on le mettre ?
- Comment ça ?
- On pourrait le mettre dedans, autour, ..., en haut, en bas...
- (silence) Je crois...en bas, à la base des flammes.
- Alors allez-y, je vous laisse faire... (silence) Comment ça se passe ?
- Il est là mais il ne peut pas s'étendre, c'est trop difficile...
- Par où peut-il arriver ? Par le centre ou par les côtés ?

- Par les côtés...
- Alors allez-y... (silence) Vous savez, souvent les changements sont imperceptibles... Il faut être très attentif pour les voir. Puis on finit par les remarquer : ça avance demi-millimètre par demi-millimètre, puis millimètre par millimètre... Est-ce que vous voyez quelque chose ?
- Oui, c'est vrai, ça avance millimètre par millimètre... Le orange suit le tour, mais ne peut pas rentrer à l'intérieur. Il ne peut pas aller plus loin.
- Peut-on le faire commencer à avancer aussi par le haut ?
- Oui, sur la cime des flammes, mais pareil c'est très difficile... Ca n'avance plus... Le feu grossit.
- Et le orange ?
- Le orange aussi, il grossit en même temps, il suit le mouvement des flammes.
- Est ce qu'on peut faire quelque chose d'autre ?
- Non, les douleurs sont trop importantes.
- Et vous êtes où par rapport à ce feu ?
- Je suis au-dessus, et ça me brûle, ça me consume.

[le kiné arrête la mobilisation et les massages, le patient est trop tendu. Il sort du box.]

- Est-ce que vous pourriez changer de position par rapport à ce feu ?
- Je ne sais pas...
- Est-ce que c'est possible de vous mettre sur le côté ? Un tout petit peu ?
- Non, le feu prend trop de place, il est de plus en plus grand...
- Il est sur quoi ce feu ?
- Sur rien, il est suspendu...
- Dans ce cas, est-ce qu'on peut le déplacer, lui ce feu ?
- ... Non, on ne peut pas.
- Et comment peut-on réduire un feu de cette taille-là ?
- Je ne sais pas... On peut mettre de l'eau.
- Où est ce qu'on peut la trouver cette eau ?
- Peut-être de la pluie...
- Est-ce que vous pouvez imaginer cette pluie, la faire venir cette pluie ?
- Non, je ne peux pas, je ne sais pas... la douleur est trop forte.
- Comment est le ciel au-dessus de vous ?
- Il est bleu.
- Alors, faites venir les nuages. Vous les voyez ?
- Oui, ils arrivent... doucement.
- De quelle couleur sont-ils ?

- Ils sont blancs.
- Alors faites venir le gris, le gris de la pluie. Vous le voyez ?
- Oui, maintenant ce sont de gros nuages gris.
- Est-ce que la pluie est là ?
- Oui, elle commence à tomber, des petites gouttes.
- Est-ce que vous la sentez sur votre visage ?
- Oui, les gouttes me fouettent le visage, ça me glace...

[Le patient tremble effectivement, les mêmes tremblements que quand les douleurs sont très fortes]

- Est-ce qu'il y a un abri là où vous êtes ?
- Oui, il y a un kiosque... pas loin.
- Alors allez-y... Vous êtes à l'abri.
- Oui ça y est...
- Décrivez-moi ce qui se passe.
- L'orage est là. Il y a des éclairs. De plus en plus. Et le tonnerre aussi (silence)...
- Le tonnerre, il est proche ou lointain ? Vous l'entendez bien ?
- Oui, il est tout proche... J'ai froid.

[Le kiné revient dans la pièce et reprend la mobilisation, très doucement]

- Peut-être avez-vous emporté quelque chose pour vous couvrir avant de partir ?
- Non, je n'ai rien pris, j'ai été imprudent... Je n'ai pas écouté les alertes, je suis parti quand même... Quand je suis parti, il faisait beau, je ne pensais vraiment pas qu'il y aurait un orage... C'est de ma faute, j'ai été imprudent.
- Qu'est-ce que vous pouvez faire pour vous réchauffer ?
- Je ne peux rien faire...
- Et si vous trouviez une position pour avoir plus chaud ? Vous êtes où dans le kiosque ?
- Je me suis allongé par terre, je suis recroquevillé.
- Comment vous vous sentez ?
- J'ai mal, je n'arrive pas à trouver de position, je n'arrête pas de bouger la tête (effectivement il bouge la tête de droite à gauche), je ne suis pas bien, j'ai trop mal.
- Peut-être dans ces cas-là pouvez-vous de nouveau changer de position, vous mettre assis ou vous relever ?
- Je ne sais pas... je ne sais pas...
- Comment est le ciel ?
- Il y a toujours de l'orage...

- Vous savez comment le temps est dans les Hauts. Il est très changeant... L'orage arrive vite, mais il peut aussi vite repartir. Est-ce que vous pouvez déjà voir dans le ciel cette petite zone plus claire, cette toute petite zone ?
- ... Non (silence)... Oui, elle est là.
- Elle est de quelle couleur ?
- Elle est jaune,... mais un jaune pas très jaune.
- Elle est voilée ?
- C'est ça elle est voilée, il y a un rayon de soleil mais il n'arrive pas à traverser...
- Alors laissons-lui un peu de temps... Il avance... Ou en est-il ?
- Il avance très doucement.
- Est-ce qu'il atteint déjà le kiosque ?
- Non pas encore.
- Alors pendant qu'il progresse doucement, à son rythme, je vous propose de regarder les arbres autour de vous. Ceux qui pendant l'orage étaient secoués par le vent, fouettés par la pluie. Vous les voyez ?
- Hum...
- Regardez leurs branches qui sont moins secouées, qui ploient beaucoup moins, qui se redressent... Regardez les feuilles qui maintenant suivent le mouvement du vent sans être bousculées, ...qui se laissent aller... Vous pouvez entendre leur bruissement. (Silence)...Dès que le temps sera calmé, je vous propose de revenir à votre rythme ici et maintenant... Et tranquillement prendre conscience à nouveau de votre respiration qui respire, ... des bruits de la pièce ... et ceux de l'extérieur.

[Monsieur C. ouvre les yeux]

- Comment vous sentez vous ?
- ... Mal... j'ai très mal. [

[Il est encore ralenti]

- Comment ça s'est passé ?
- C'était bien plus difficile que d'habitude, je ne pouvais pas partir me promener sur les chemins comme on faisait les autres fois, les douleurs sont trop présentes.
- Vous avez pu visualiser tout ce dont on a parlé ?
- Oui et non. Je vous répondais, mais les douleurs étaient vraiment présentes. Elles étaient là en même temps... C'était dur. »

Le kiné a pu faire un travail de mobilisation des membres supérieurs mais Monsieur C. est resté très tendu durant toute la séance. Son visage est quand même moins tendu et moins fermé qu'à son arrivée dans le box. Je lui ai proposé une prise de morphinique au retour en chambre, ce qu'il a accepté immédiatement.

## B. Observation n°2

Il est installé en fauteuil (depuis la semaine dernière), ce qui est vécu comme un progrès. Il est plus détendu, moins douloureux.

« Vous avez déjà fermé les yeux, c'est bien... Comme les fois précédentes, je vais vous demander de vous concentrer sur les bruits extérieurs...D'abord les bruits les plus lointains, de la salle de sport... Les bruits réguliers des machines... La radio... les voix... les pas... Puis les bruits à l'intérieur de la pièce... la ventilation au-dessus... les bruits de frottement des draps... et tous les autres bruits... ma voix qui vous accompagne... et enfin votre respiration... cette respiration qui est là... et qui vous accompagne en permanence... que l'on y pense ou que l'on n'y pense pas... cette succession d'inspirations et d'expirations... la phase d'inspiration, cette phase active... pendant laquelle vous pouvez sentir cet air... souvent un peu plus frais... entrer dans vos narines...puis descendre dans la gorge... la trachée... dans les grosses bronches... puis dans les moyennes... dans les petites... comme dans un arbre... et inversement, l'expiration, cette phase de détente... de relaxation... pendant laquelle vous pouvez sentir l'air faire le trajet inverse... les petites bronches... les moyennes... les grosses... la trachée, la gorge, et les narines... cet air peut-être un peu plus chaud... qui se charge de tout ce que le corps a besoin d'évacuer... Et c'est étonnant de voir comme le corps sait... ce dont il a besoin, la quantité d'air qui lui est nécessaire... la respiration qui prend le rythme qui lui convient sans que l'on ait besoin d'y penser... De sentir cette alternance, inspiration... expiration... inspiration... expiration... et de vous laisser porter par ce rythme qui... progressivement, sereinement...se ralentit... Et quand vous serez prêt, vous pourrez partir... Partir sur un chemin... un chemin de votre choix... un chemin que vous connaissez ou que vous ne connaissez pas, ça n'a pas d'importance... un chemin qui vous emmène là où vous avez envie d'aller... Peut-être dans les Hauts... ou peut-être autre part... Vous suivez paisiblement ce chemin qui monte... qui descend... ou qui va tout droit, ce chemin qui va à droite...à gauche... ou qui va tout droit. Et tandis que vous avancez tranquillement sur ce chemin... à votre rythme, celui qui vous convient... celui de votre corps... vous pouvez observer ce qui vous entoure. Observer les différentes couleurs qui sont là... le vert... le marron... le bleu...et toutes les autres couleurs. D'observer les différentes teintes de ces couleurs... les contrastes présents... de regarder comme tout cela se combine pour former le tableau que vous avez sous les yeux... Vous pouvez observer également la végétation s'il y en a... les herbes parfois de différentes hauteurs... les arbustes... les arbres. D'observer les mouvements qui peuvent les animer... des mouvements qui peuvent paraître

imperceptibles à première vue. Et c'est en regardant bien attentivement que l'on remarque ces mouvements, qui parfois sont amplifiés par le vent... d'observer la fluidité de ces mouvements... la facilité avec laquelle ils se font... Et tout en continuant à marcher et tout en continuant à regarder tous ces petits détails qui vous entourent... vous pouvez également écouter tous les bruits présents et auxquels on ne prête pas toujours l'oreille... le bruit des oiseaux s'il y en a... le bruit de la végétation dont on parlait tout à l'heure... du vent... le bruit de vos pas sur le sol ou tout autre chose... tous ces bruits qui forment le paysage sonore... Tout en continuant tranquillement votre promenade, peut-être pouvez-vous sentir sur votre peau... les rayons du soleil qui réchauffent doucement s'il y en a... ou le vent qui souffle et qui rafraichit... ou tout autre chose. Vous pouvez également prendre conscience des sensations sous vos pieds... les reliefs du chemin à chaque pas... de sentir les mouvements des pieds qui se transmettent dans les jambes... dans les genoux... les cuisses... dans le bassin... le mouvement des bras qui se balancent de chaque côté du corps, ce mouvement alternatif de flexion... d'extension... le ventre qui se balance au rythme de la respiration... Et tout en faisant cela, peut-être une odeur vous parvient... une odeur de terre, de fleur, de nature... ou de tout autre chose... une odeur qui peut faire remonter un souvenir... ou un autre... et vous pouvez les laisser venir... Et tout en faisant cela, vous êtes en sécurité... dans ce lieu que vous avez choisi... Vous pouvez y trouver et y puiser toute l'énergie dont vous avez besoin... ce lieu qui peut être un lieu plein de ressources auxquelles on ne prête pas attention au premier abord... et de ce voyage, vous allez pouvoir ramener ce que vous voulez, quelque chose qui vous servira à un moment donné, peut-être tout de suite, peut-être tout à l'heure... ou peut-être plus tard... Je n'ai pas besoin de savoir ce que c'est... Et je vais vous laisser profiter de tout cela quelques instants... Quand vous aurez fait cela, vous pourrez de nouveau prendre conscience de votre respiration, inspiration... expiration... inspiration... prendre conscience de votre corps... détendu... serein... prendre conscience des bruits qui vous entourent, ma voix qui vous accompagne... les bruits de la pièce... de la salle de sport. Et enfin, quand vous vous sentirez prêt, vous pourrez ouvrir les yeux. »

La séance s'est bien déroulée, Monsieur C. était détendu, son visage aussi. Son kiné a pu le mobiliser et atteindre les objectifs fixés.

### C. Observation n°3

Aucune position ne convient pour soulager les douleurs cervicales. Il pleure et se calme par intermittence. Je lui propose de nouveau la prise de morphinique d'action rapide, qu'il accepte. Je reste avec lui et prends le relais de l'ergothérapeute le temps que la morphine fasse effet.

- « Où avez-vous mal ?
- Partout, ... j'ai mal partout, ... je n'en peux plus...
- Pouvez-vous me décrire ce que vous ressentez ?

- Il y a cette douleur au niveau du cou... les cervicales... toujours la même mais vraiment très forte, je ne supporte plus..., je n'en peux plus. Ça brûle...

[Monsieur C. pleure]

- Où est-ce que ça brûle ?
- Dans les cervicales, dans les épaules et dans le torse...
- Qu'est-ce que vous sentez dans le reste du corps ?
- Du froid..., des tremblements..., c'est impossible à arrêter.

[Sanglots]

- D'accord. Et qu'est-ce que vous sentez dans le visage ?
- Je ne sais pas...
- Est-ce que vous avez des douleurs ?
- Non... non, je ne sais pas...
- Alors je voudrais que vous vous concentriez sur la mâchoire. C'est possible ?
- Je ne sais pas...
- Concentrez-vous.

[Ma voix est plus autoritaire, plus rapide]

- Vous allez serrer les dents aussi fort que votre douleur est forte... Allez-y, SERREZ FORT, très fort jusqu'à faire venir votre douleur dans les mâchoires, aussi fort que vous jugez que votre douleur est forte... Allez-y, ENCORE !

[Monsieur C. desserre les mâchoires et reprend sa respiration qui est rapide]

- ... Qu'est-ce que vous sentez dans les mâchoires ?
- Je ne sais pas...
- RECOMMENCEZ, MAINTENANT, ON Y VA.

[Il resserre très fort, son visage tremble]

- ... Est-ce que vous sentez la douleur ?
- Ça y est, ..., elle vient, elle est là !

[Les larmes coulent sur les joues]

- C'est très bien. Maintenant je vous demande de rester concentré sur vos mâchoires. Et de les serrer très fort, le plus fort possible. Allez-y, SERREZ FORT, TRES FORT, ENCORE PLUS FORT, CONTINUEZ, LE PLUS LONGTEMPS POSSIBLE, ENCORE, ALLEZ, ALLEZ, c'est bien

[Reprise de la respiration, sanglots forts]

- Reprenez bien votre respiration, vous êtes prêt ? On recommence, ALLEZ, FORT FORT FORT FORT FORT, TRES FORT, COMME ÇA, PARFAIT, LONGTEMPS, LONGTEMPS, OK, c'est bien

[Le patient arrête, respiration rapide, par la bouche]

- C'est bien ce que vous faites. Et c'est important de laisser les émotions qui sont là s'exprimer, de les laisser sortir, de laisser les larmes couler, le corps a besoin de déborder de temps en temps, de vider les trop pleins. C'est important d'aller jusqu'au bout. Vous êtes prêt ? On recommence. ALLEZ-Y, SERREZ LES DENTS, LE PLUS FORT QUE VOUS POUVEZ, C'EST ÇA, ALLEZ ENCORE, ENCORE, ENCORE ! CONTINUEZ COMME VOUS LE FAITES, SERREZ, SERREZ ENCORE ENCORE, C'EST TRES BIEN, ENCORE
- Je ne peux plus... je ne peux plus...
- Reprenez votre respiration... ALLEZ ON RECOMMENCE

[Il recommence]

- ALLEZ Y FORT, FORT, ENCORE, ENCORE, LONGTEMPS, LONGTEMPS, ENCORE, ENCORE PLUS FORT, CONTINUEZ, CONTINUEZ, C'EST BIEN !

[Monsieur C. arrête, il pleure toujours mais semble plus calme]

- Comment est votre mâchoire ?
- Fatiguée, fatiguée... endormie...
- Sentez-vous autre chose ?
- Non, je ne sais pas... non, de la fatigue, elle est engourdie de fatigue...

[Monsieur C. est plus calme. Silence. Il a les yeux fermés, il ne pleure plus]

- C'est très bien ce que vous faites... ce que vous avez fait... Je vois que votre respiration s'apaise... Laissez-vous entraîner par cette respiration qui s'apaise...

[Il est calme. Silence]

- Je peux vous laisser ?
- Oui, ça va... ça va...
- A demain. »

### III. Résultats obtenus

#### A. Au cours de la journée choisie

Lors de la première séance, Monsieur C. est arrivé avec une douleur intense, très tendu, anxieux, nous disant que l'on n'allait rien pouvoir faire. Il était toujours douloureux en fin de séance (a eu recours aux morphiniques au retour dans le service), mais semblait un peu plus détendu. Le kiné a quand même pu le mobiliser, même si ce n'était pas autant que d'habitude, sans que le patient ne s'en rende compte (il nous a posé la question après).

Lors de la deuxième séance, le kiné a pu obtenir une bonne mobilisation sans provoquer de douleur. Le patient ne pensait pas « pouvoir y arriver » vu ce qui s'était passé le matin. Pourtant cela s'est très bien déroulé, il est « parti » très vite et était totalement relâché pendant toute la durée de la séance. A son retour, il en a été lui-même surpris !

Lors de la troisième séance, le but était de tenter quelque chose en vue de soulager son état de douleur physique, mais aussi de souffrance, d'anxiété en attendant que le traitement médicamenteux agisse. A la fin de cette séance improvisée, il était épuisé, mais détendu et ne semblait plus algique, en tout cas, il n'en parlait plus. Cela ne peut pas être mis (ou pas totalement) sur le fait du traitement médicamenteux vue la courte durée qui s'est écoulée entre la prise et le soulagement (le temps de l'entretien).

#### B. Au cours de la période d'accompagnement en hypnose

Après chaque épisode de complication somatique (fièvre sur pyélonéphrites, syndrome grippal, constipation, autre), Monsieur C. perdait en amplitude d'extension du coude malgré les séances d'entretien articulaire pluri quotidiennes la semaine et quotidiennes le week-end. Les séances de kiné étaient de plus en plus difficiles et douloureuses, le patient les appréhendait et arrivait tendu dans le box. L'amplitude maximale obtenue à droite comme à gauche ne dépassait pas 90° d'extension. Ses bras, dans cette position-là, n'étaient pas du tout fonctionnels. Il ne pouvait pas utiliser le peu de mobilité de son épaule gauche, par exemple dans la conduite d'un fauteuil électrique. L'enjeu était important !

Dès le premier essai, Monsieur C. est entré facilement en hypnose, avec un effet antalgique et une détente immédiats. Au fur et à mesure des séances, le kiné a pu progressivement gagner en amplitude articulaire, de manière bilatérale. Monsieur C. ne ressentait aucune douleur, ou parfois quelques tiraillements légèrement désagréables, alors que le kiné forçait vraiment, parfois à en trembler lui-même ! Il venait en kiné avec le sourire et avait hâte « d'aller se promener ».

L'extension complète a pu être obtenue à droite comme à gauche. Cela a permis à son ergothérapeute de lui confectionner des attelles de maintien, afin de conserver les amplitudes articulaires des coudes après les séances de kiné et d'arriver à une position plus fonctionnelle, permettant les essais de fauteuil roulant électrique.

Les séances se déroulaient majoritairement avec le même kiné. Lors de ses absences (vacances, formation), d'autres kinés l'ont remplacé, kinés qui connaissaient déjà Monsieur C. pour l'avoir pris en charge lors des gardes de week-end. Ils ont tous été surpris de l'effet obtenu tant sur la douleur que sur la détente plus ou moins importante selon les séances, et sur la progression des amplitudes articulaires obtenues. La surprise était d'autant plus grande pour eux qui ne le voyaient pas tous les jours ! Ils ont tous adhéré à cette prise en charge inhabituelle, acceptant ma présence à toutes les séances, acceptant d'attendre que je leur fasse signe pour commencer la mobilisation, respectant le calme ambiant, n'interférant pas dans ma prise en charge.

### C. Suite de l'histoire...

Plusieurs fois, je lui ai proposé l'apprentissage de l'autohypnose. Nous avons fait l'expérience ensemble dans sa chambre, en dehors de toute douleur ou mobilisation. Il me disait que cela ne l'intéressait pas trop, qu'il ne voyait pas l'intérêt vu que j'étais là. Il ne faisait pas les exercices que je lui proposais. Il me disait que ce n'était pas efficace quand il avait des douleurs ou quand il essayait le week-end pendant les gardes. Il m'a dit plus tard qu'il l'utilisait parfois le soir quand il avait du mal à s'endormir et que c'était très efficace !

Du jour au lendemain, Monsieur C. n'a plus voulu de prise en charge en hypnose. Il n'a pas osé me le dire et a demandé au kiné de m'en parler, de peur que je sois déçue. Je lui ai expliqué que les séances n'étaient pas pour moi mais pour lui et que c'était bien lui qui décidait de ce qui lui convenait ou pas. Monsieur C. voulait sentir tout ce qui se passait pendant la séance, il voulait vivre dans le réel, sentir la douleur car c'était une des seules choses qui lui restait ! Il se projetait également dans le retour à domicile (qui était encore lointain). Il voulait pouvoir supporter les séances de kiné, et obtenir les mêmes amplitudes sans hypnose. Je me suis mise à sa disposition si besoin. Il ne m'a plus sollicitée.

Il a donc poursuivi les séances de mobilisations avec son kiné. Les séances étaient désagréables mais n'étaient plus aussi douloureuses qu'auparavant. Les amplitudes articulaires obtenues se sont maintenues. Monsieur C. a été transféré dans un autre centre de rééducation peu de temps après, pour rapprochement familial. A ce moment-là, Monsieur C. se déplaçait dans le CRF en fauteuil roulant électrique.

## CHAPITRE 4. DISCUSSION

### I. Rappel de la problématique

Je suis médecin généraliste travaillant dans un centre de rééducation. Qu'apporte l'hypnose dans ma pratique de tous les jours, comment s'intègre-t-elle ? En l'utilisant chez le patient douloureux, je recherche une diminution de la douleur et de l'anxiété, en complément ou non de thérapies médicamenteuses. Je suppose aussi que ma relation à l'autre est différente depuis que j'utilise l'hypnose.

### II. Confrontation des observations à la problématique

#### A. Intégration dans ma pratique au CRF

L'intégration de l'hypnose dans ma pratique s'est faite sans difficulté. Mes premières expériences ont été encouragées par l'équipe et très bien accueillies. Malgré une appréhension de départ, le climat de confiance a facilité sa mise en pratique. Les effets rapides constatés m'ont encouragé à continuer.

Mon emploi du temps flexible facilite ce genre de prise en charge, me permettant de m'adapter à celui des patients. L'utilisation de l'hypnose est cependant pour moi chronophage : j'assiste à des soins auxquels je ne participais pas auparavant. Il existe également des contraintes matérielles. Pour Monsieur C., cela a nécessité une prise en charge particulière dans un box isolé et non dans la grande salle de kiné avec les autres patients. Le kiné doit lui aussi s'adapter à ce qui se passe au cours de la séance : il peut débiter la mobilisation plus ou moins tôt, doit parfois arrêter en cours, patienter puis reprendre. Cela s'est néanmoins très bien passé avec les différents kinés, très attentifs à ce qui se passait.

Ces inconvénients paraissent néanmoins dérisoires par rapport aux bénéfices pour le patient et les soignants !

#### B. Effet antalgique

L'ajout de l'hypnose dans la prise en charge de Monsieur C. a permis une ouverture dans sa prise en charge rééducative. C'est un outil qui s'est avéré très utile en complément des traitements médicamenteux. L'effet antalgique a été non seulement reconnu avec surprise par le patient, mais aussi par toute l'équipe soignante. La diminution de la douleur par l'hypnose a eu deux effets notables pour tous. Tout d'abord, cela a permis d'augmenter le bien-être de Monsieur C. dans une période où il en avait particulièrement besoin. Ensuite, le fait d'avoir un critère plus objectif (l'augmentation de

l'amplitude articulaire des coudes) a été important pour certains soignants, les aidant à reconnaître qu'il se passait quelque chose. Cela aidait également le patient à se convaincre que le thérapeute continuait bien son travail pendant qu'il « partait en balade » ! Plusieurs fois, il a posé la question : « Mais alors, qu'est-ce que tu fais ? Tu n'y vas pas assez fort, je ne sens rien, on ne va pas avancer ! », avant de se rendre compte de la position de ses bras en fin de séance.

En ce qui concerne la prise en charge des douleurs aiguës, l'effet antalgique recherché a été peu observé dans l'observation n°1. J'ai quand même eu l'impression que Monsieur C. était plus calme en fin de séance, l'hypnose pouvant avoir joué sur la composante émotionnelle de la douleur. Par contre, on peut dire que l'objectif d'antalgie a été atteint dans l'observation n°3, avec un effet antalgique bien plus rapide que celui obtenu par la morphine. Ces observations se sont déroulées une semaine après la troisième session de formation. Antoine BIOY nous avait parlé de la technique du poing que l'on serre aussi fort que la douleur est forte comme technique d'induction. Avec un patient tétraplégique, il a fallu improviser ! Je lui ai donc demandé de se focaliser sur la mâchoire, partie de son corps non douloureuse à ce moment-là.

### C. Effet anxiolytique

L'hypnose a permis une diminution de l'anxiété anticipatoire liée aux mobilisations des membres supérieurs. En effet, avant de commencer cette prise en charge, il arrivait tendu en séances de kiné, s'attendant à avoir mal. Cette tension a rapidement disparu, laissant place à une certaine impatience !

Monsieur C. n'a que très rarement verbalisé une anxiété ou une angoisse. Tout allait toujours bien selon lui ! Par contre, son corps ou son visage nous disaient le contraire certains jours. Il existait un état de tension qui était variable. Son visage pouvait également être plus ou moins ouvert. Ce qu'il mettait en avant, c'était l'état de détente et de bien-être qu'il ressentait. Son corps était effectivement plus détendu, les traits du visage plus posés en fin de séance. J'aurais tendance à l'interpréter comme un effet anxiolytique.

En ce qui concerne les observations n°1 et n°3, l'effet anxiolytique est d'après moi plus marqué. Dans la première, l'hypnose conversationnelle utilisée initialement pour décrire la douleur a permis à Monsieur C. d'exprimer des sentiments, ce qu'il ne faisait pas habituellement : la souffrance, la peur, l'impuissance, la culpabilité. Il était toujours douloureux en fin de séance, mais semblait quand même plus apaisé.

Dans la troisième observation, Monsieur C. était en souffrance (physique et psychique). Cette séance courte lui a permis de s'apaiser rapidement. Il était épuisé, mais non douloureux et détendu (impression globale de relâchement). L'utilisation d'une prescription de tâche, avec modification de la

douleur (déplacement dans la mâchoire) et réinterprétation (engourdissement) a été très efficace sur la douleur et sur l'anxiété. La présence du soignant qui accompagne ce qui se passe, ratifie, accueille les émotions est thérapeutique en soi. La façon de donner toute sa place à la douleur telle qu'elle est, avec l'accueil inconditionnel du patient et de ses ressentis, a permis de diminuer l'anxiété.

#### D. Modification de la relation soignant / soigné

L'hypnose, en plus d'être un outil intéressant dans la prise en charge de la douleur et de l'anxiété, est aussi un outil de communication et une manière d'être. Cette formation m'a permis de m'interroger sur ma position de soignant en tant que médecin, de quelle place je donnais à l'autre. Etais-je vraiment à l'écoute de l'autre ? Quel accompagnement, quel soutien est-ce que je proposais ?

Etre formé à la communication en tant que soignant me paraît indispensable. Prendre conscience de l'effet du choix des mots sur les patients a été pour moi important. Changer sa façon de faire est un exercice de tous les instants : avec les patients, avec les collègues, avec les proches. Prendre conscience de ses propres émotions, de sa position corporelle, et de l'influence que cela peut avoir sur l'autre... Pourquoi ne l'apprenons-nous pas plus tôt ?!?

Changer de position, de la position haute (le médecin qui sait) à la position basse, n'est pas quelque chose de naturel, je pense. En prendre conscience est nécessaire pour pouvoir rectifier cette position. Etre capable de laisser la place à l'autre et faire avec ce qu'il est, ce qu'il apporte, est difficile. Utiliser le registre du patient, ses représentations et non les siennes, encore une autre piste à travailler !

En ce qui concerne les émotions, c'est la première fois que le sujet est abordé depuis le début de ma formation. Pas une seule fois durant toutes mes études de médecine ! Face aux émotions d'un patient, en particulier les pleurs, je ne ressentais que de l'impuissance, de la gêne, et ne savais pas vraiment quoi faire. Dans le cas de Monsieur C. (observation n°3), je serais allée le voir, l'aurais réexaminé, interrogé sur les caractéristiques de la douleur, puis prescrit quelque chose. Je lui aurais probablement dit : « Ca va passer, ne vous inquiétez-pas. Les médicaments vont bientôt agir ». Je ne serais pas forcément restée à côté de lui pour vérifier le soulagement...

Apprendre à être plus présente à l'autre, à m'accorder à lui, et à ne rien attendre de particulier, me permet de mieux accueillir sa douleur et de mieux l'accompagner. Qu'est-ce qui a changé dans ma propre posture ? Peut-être de me dire que je suis capable de faire quelque chose de plus, de me faire confiance, de laisser venir les choses (comme dans l'observation n°3, qui était complètement improvisée). Et au pire si ça ne marche pas, et bien cela n'aurait guère été différent de ce que je faisais avant, il me reste toujours la solution médicamenteuse !

### III. Discussion éthique

#### A. Relation d'influence

Il est vrai que l'hypnose, comme toute relation à autrui, est une relation d'influence, de manipulation. J'utilise l'hypnose dans le cadre de ma pratique de médecin dans un but d'antalgie et/ou d'anxiolyse principalement, c'est-à-dire dans le but de soulager un patient. Cela rentre dans les devoirs et les compétences du médecin.

Comme le rappelle le serment d'Hippocrate :

*« Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »*

Pour moi, la pratique de l'hypnose s'inscrit tout à fait dans ce cadre : soulager la souffrance dans le respect de la volonté de l'autre, sans « exploiter le pouvoir hérité des circonstances ».

## B. Vivre l'imaginaire

Après le refus de Monsieur C. de continuer la prise en charge en hypnose, me disant qu'il avait besoin d'être dans le réel, que ce n'était pas bon d'être dans l'imaginaire, je me suis posé la question de la pertinence de lui faire revivre des expériences qu'il ne pourrait probablement jamais revivre.

Pour lui, en début de prise en charge, il était clair qu'il remarquerait, peut-être pas tout de suite, mais plus tard. L'idée de rester tétraplégique, de vivre en fauteuil roulant, d'être dépendant, n'était pas encore envisageable. Sa demande était donc de partir « randonner dans les Hauts ». Et je l'ai accompagné, même si je savais qu'il ne le referait probablement jamais. Au moment où il a demandé à arrêter l'hypnose, il avait cheminé et commençait tout doucement à accepter la situation. Est-ce que vivre des choses qu'il ne pourrait plus faire lui était trop difficile ? Quel sens donnait-il à sa douleur, pour vouloir la ressentir à chaque séance ? Je n'ai jamais pu en rediscuter avec lui.

Après réflexion, je pense que je referais pareil : faire vivre l'imaginaire pour une meilleure adaptation au présent. Cela lui a été profitable pendant une période, lui apportant confort et progrès en autonomie. J'ai respecté sa demande et suivi son cheminement. Nous avons arrêté quand il a senti que cela ne correspondait plus à ses attentes.

## C. Prévenir le patient ?

Est-ce indispensable de prévenir le patient que l'on va faire une séance d'hypnose ? Je ne pense pas que cela soit nécessaire. Pour Monsieur C., il a été informé et a accepté l'utilisation de l'hypnose avant le début de la prise en charge. Dans l'observation n°1, il avait commencé par me dire qu'il ne pouvait pas rentrer dans l'état hypnotique ce jour-là. L'induction n'a pas été la même que d'habitude. A-t-il eu conscience de rentrer en état hypnotique ? Je ne pense pas. Et ça ne l'a pas empêché de le vivre. Dans l'observation n°3, a-t-il vécu cette expérience comme de l'hypnose ? Je ne pense pas non plus. Y a-t-il un intérêt à prévenir le patient à chaque fois ou à nommer l'hypnose ? Peut-être faut-il tout simplement s'adapter au patient que l'on a en face : la nommer si l'on pense que cela peut aider le patient, le lui préciser s'il le demande *a posteriori*, se sentir libre de le faire ou pas !

#### IV. Apport de cette étude

L'apport de cette étude est d'abord personnel, avec en premier lieu une réflexion sur ma pratique. Cela m'a permis de me questionner sur ma relation à l'autre avant et après cette formation, sur ce qui avait évolué, ce qu'il y avait encore à travailler. L'intégration de l'hypnose dans ma pratique de médecin généraliste en centre de rééducation m'ouvre des perspectives différentes, avec un élargissement de mon champ d'intervention, un accompagnement des patients qui est autre.

De plus, cette étude à propos d'un cas encourage à la pratique de l'hypnose en centre de rééducation, que ce soit par les médecins, dans le service par les infirmiers ou sur le plateau technique par les différents thérapeutes. Elle pourrait être intégrée à la prise en charge de la prévention de la douleur induite par les soins, mais aussi dans un but purement rééducatif dans tout ce qui est visualisation et intégration du mouvement par les kinés et les ergothérapeutes. Etant la seule formée (pour le moment) au CRF, l'envie de diffuser l'information, d'inciter les soignants à se former est très présente !

## CONCLUSION

L'intégration de l'hypnose dans ma pratique de médecin généraliste s'est faite sans difficulté, encouragée par les soignants et les thérapeutes du centre de rééducation. J'ai débuté auprès de Monsieur C., patient tétraplégique dans l'accompagnement de soins douloureux (séances de kinésithérapie) et la prise en charge de douleurs aiguës.

Comme attendu, il a rapidement été noté, par le patient et par toute l'équipe, un effet antalgique et un effet anxiolytique, avec disparition de l'anxiété d'anticipation et une détente. Le vécu des soins en a donc été grandement amélioré.

De plus, la position du soignant est modifiée, avec une prise en charge qui me semble plus globale. L'hypnose, en tant que technique de communication, sensibilise à l'importance et l'impact d'une écoute plus large (verbale et non verbale), à une communication plus choisie. Elle permet également d'accueillir les émotions et d'aider le patient à les traverser.

La prise en charge de la douleur est également plus globale, avec une prise en compte de toutes ses composantes, en particulier émotionnelles et cognitives.

Quel avenir donner à l'hypnose dans de ma pratique ?

Tout d'abord, il me semble intéressant de continuer à l'utiliser dans la prise en charge des soins douloureux : les soins de certains pansements difficiles (pansements d'escarre), les douleurs du membre fantôme chez les amputés, les injections de toxine botulinique chez les patients spastiques, par exemple.

Il me paraît également motivant d'étendre son utilisation dans le champ rééducatif, qui est à la périphérie de mon champ d'action actuel : l'algodystrophie, le schéma corporel, la reprise de la marche, la visualisation du progrès, etc.

Il existe malheureusement des contraintes matérielles et en particulier de temps... Je n'ai actuellement pas la possibilité de le faire pour toutes ces indications. Il me faudra choisir les situations qui en ont le plus besoin, et dans lesquelles je me sens le plus à l'aise pour commencer. Les patients sont là, à moi de m'organiser pour le mettre en place !

J'ai ouvert une porte, et je suis encore sur le seuil. Ce que je peux apercevoir depuis l'endroit où je me trouve me plaît beaucoup. Quitter le seuil et partir à l'exploration de cet espace qui me paraît tellement vaste est la prochaine étape.

Pour cela, il me semble primordial de continuer à lire, et à me former, à travers le Collège d'Hypnose de l'Océan Indien en particulier. Comme nous l'avions évoqué lors de la dernière session de juin 2013, échanger avec d'autres praticiens de l'hypnose à travers la mise en place d'un groupe de pairs pourrait être très enrichissant. De même, nous étions plusieurs à évoquer la possibilité d'une supervision. La motivation est là, à nous de prendre le temps de mettre ces outils en route !

## 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. **HALFON, Yves et WOOD, Chantal.** L'utilisation de l'hypnose dans le traitement de la douleur. *Manuel d'hypnose pour les professionnels de santé*. Maloine, Septembre 2007, pp. 195-201.
4. **BOUREAU, F.** Introduction, *La douleur induite (Mise à jour 2010)*. Institut UPSA de la Douleur, 2005.
5. **QUINTARD, M et OLIVIER, M.** La douleur induite. *DU Prise en charge de la douleur*. CHU TOULOUSE
6. **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.
7. **GOFFAUX, P, et al.** Descending analgesia - When the spine echoes what the brain expects. *Pain*. 2007, Vol. 130, 1-2, pp. 137-143.
8. **CELESTIN-LHOPITEAU, I.** Prise en charge non pharmacologique de la douleur provoquée par les soins. CNRD- Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur, 2004.
9. **BIOY, A, WOOD, C et CELESTIN-LHOPITEAU, I.** *L'aide-mémoire d'Hypnose en 50 notions*. Paris : DUNOD, 2010. pp. 173-175.
10. **CELESTIN-LHOPITEAU, I.** DU "Hypnose médicale et clinique". Saint Denis, La Réunion, 2013.
11. **GOUCHET, A.** DU "Hypnose médicale et clinique". Saint Denis, La Réunion, 2013.
12. **BIOY, A, WOOD, C et CELESTIN-LHOPITEAU, I.** *L'aide mémoire d'Hypnose en 50 notions*. Paris : DUNOD, 2010. pp. 5-8.
13. **MELCHIOR, T.** Communication hypnotique, symptômes et émotions. *Cahiers critiques de la thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2002/2, 29, pp. 123-138.
14. **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.
15. **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.

16. **BIOY, A, WOOD, C et CELESTIN-LHOPITEAU, I.** L'Aide-mémoire d'Hypnose en 50 notions. Dunod, 2010, pp. 37-38.
17. **VANNOTTI, M.** L'empathie dans le relation médecin - patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2002/2, 29, pp. 213-237.
18. **BIOY, A, WOOD, C et CELESTIN-LHOPITEAU, I.** *L'aide-mémoire d'Hypnose en 50 notions*. DUNOD, 2010. pp. 127-130.
19. **COSNIER, J.** Les gestes du dialogue, la communication non verbale. *Psychologie de la motivation*. 1996, 21, pp. 129-138.
20. **RAINVILLE, P, et al.** Pain affect encoded in human cingulate but not somatosensory cortex. *Science*. 277, pp. 968-971.
21. **FAYMONVILLE, M-E, et al.** Des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. *Conférence d'actualisation. Société Française d'Anesthésie Réanimation*. Elsevier, 2005, pp. 59-69.
22. **MICHAUX, D, HALFON, Y et WOOD, C.** *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Maloine, 2007. pp. 93-97.
23. **BIOY, A, WOOD, C et CELESTIN-LHOPITEAU, I.** L'Aide-mémoire d'Hypnose en 50 notions. Dunod, 2010, pp. 123-140.

## ANNEXE

Métaphore élaborée pendant la 3<sup>e</sup> session du DU d'Hypnose Médicale pour Monsieur C. dans le but de lui faire traverser les épisodes de douleurs aiguës plus sereinement.

*« J'ai participé récemment à un atelier d'écriture de contes, et je ne sais pas pourquoi, aujourd'hui, j'ai envie de vous en faire partager un...*

*Il était une fois un petit mulot qui habitait dans une grande forêt. C'était un mulot très actif, qui aimait explorer l'espace autour de lui, qui était très curieux, et qui se promenait toujours avec beaucoup de plaisir, se ressourçant dans cette nature qui l'entourait. Et comme il était curieux, tous les jours il allait un peu plus loin, jusqu'au jour où il se retrouva dans un lieu inconnu, un lieu rocailleux, sans trop de végétation, un lieu balayé par la pluie, et où il existait de terribles orages, lui qui n'avait connu jusqu'à maintenant qu'un climat plutôt clément, où il pleuvait rarement. C'était souvent une petite pluie qui durait peu de temps et qui ne l'empêchait pas de continuer ses longues promenades. Il était terrorisé sous ce violent orage. Les éclairs qui déchiraient le ciel et les coups de tonnerre le paralysaient. Les gouttes s'écrasaient autour de lui en un bruit assourdissant qui l'empêchait de réfléchir. Il se sentait complètement perdu et ne savait plus où aller, lui qui avait toujours su comment se débrouiller. Il restait immobile et se laissait submerger sans rien pouvoir faire, avec un sentiment d'impuissance et de solitude grandissant, comme coupé du reste du monde. Et soudain, il entendit une petite voix qui lui murmura à l'oreille qu'il existait une anfractuosité dans la roche derrière lui d'où il pourrait observer ce déchainement des éléments tout en étant en sécurité, comme dans une bulle. D'où venait cette voix ? Y avait-il un autre mulot pas très loin ? Ou un autre animal qui l'accompagnait sans qu'il le sache ?  tait-ce la voix du vent, ce vent qui lui  bouriffait les poils ? Ou encore autre chose ? Cela n'avait finalement pas d'importance et il chercha ce refuge qu'il trouva sans trop de difficultés. Il put alors s'y installer et observer en effet en toute sécurité ce terrible orage qui l'effrayait tant, attendre tranquillement que cela passe, se disant qu'  chaque nouvel épisode, il pourrait trouver un refuge pour se mettre   l'abri. »*

## MOTS CLES

Hypnose, Douleurs aiguës, Soins, Rééducation, Adulte.

## RESUME

Utilisation de l'hypnose médicale dans un service de rééducation fonctionnelle.

Etude à propos d'un cas.

L'hypnose médicale dans la prise en charge de la douleur, notamment dans la douleur aiguë ou induite par les soins, a prouvé son efficacité. Elle entraîne un effet antalgique en agissant sur ses différentes composantes, en particulier sensitivo-discriminative, cognitive et émotionnelle. Elle permet également de diminuer l'anxiété qui lui est souvent associée.

Son intégration dans ma pratique de médecin généraliste en centre de rééducation fonctionnelle s'est faite sans difficulté. Son utilisation auprès d'un patient tétraplégique a permis, par son action antalgique et anxiolytique, une amélioration de son vécu des soins. L'amélioration fonctionnelle qui s'en est suivie a pu être notée par tous. Ma position de soignante s'est également modifiée, avec une écoute plus large, une place faite aux émotions et donc une prise en charge qui me paraît plus globale.