

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>

Mme PAYAN Sarah
Infirmière diplômée d'État
Maison d'accueil spécialisée «Annie GAUCI»
Tan Rouge St Gilles les hauts



HYPNOSE MEDICALE « DU MOUVEMENT POUR LE POLYHANDICAPÉ »

Diplôme Universitaire d'hypnose médicale et clinique
Année Universitaire 2013 – 2014
Directrice de mémoire :
Gwenaëlle IMIZA, Psychologue

REMERCIEMENTS:

Je remercie l'équipe enseignante de ce DU hypnose médicale pour avoir apporté un souffle à ma pratique .

Leur expérience et leur savoir m'ont été d'une grande aide pour retrouver une nouvelle dynamique , faire ce pas de côté dans mon travail et de mieux me connaître.

Je remercie également tous les membres de la promotion 2013-2014 à laquelle j'ai eu la chance d'appartenir par leur enthousiasme , leur professionnalisme mais également leur sympathie.

Je fais une mention particulière aux résidents dont il est question dans ce travail , à mes collègues qui ont été interpellés et intéressés par ma formation.

Un remerciement personnel à mon fils de 15 ans pour m'avoir encouragé à persévérer dans la rédaction du mémoire.

SOMMAIRE	Pages
1. INTRODUCTION	4
2. REVUE DES TRAVAUX ET PROBLÉMATIQUE	7
3. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.	13
3.1 Présentation de Mr L. , de la rencontre et de sa demande .	14
3.2 Présentation de Mme C. de la rencontre , et de sa demande .	15
4. RÉSULTATS ET DONNÉES CLINIQUES	18
4.1 Séance avec Mr L.	18
4.2 Séance avec Mme C.	22
5. DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE	25
5.1 Rappel de la problématique.	25
5.2 Confrontation des observations à la problématique	26
5.3 Discussion éthique	28
5.4 Apport de cette étude	30
6. CONCLUSION	30
7. BIBLIOGRAPHIE	31

HYPNOSE MEDICALE : « Du mouvement pour le polyhandicapé » .

1. INTRODUCTION

Après cinq années d'exercice auprès de polyhandicapés , je ressens le besoin de soigner différemment.

Auparavant , je n'avais jamais travaillé avec cette population reçue en Maison d'accueil.

En effet , le rôle de l'infirmier n'est pas celui exercé à l'hôpital .

Les termes pour désigner les personnes accueillies prend tout son sens dans leur prise en charge.

Nous prenons soin de «résident» et non pas de «patient».

Ils sont atteints de polyhandicaps ayant pour chacun une étiologie propre comme une souffrance fœtale ante natale ou une anoxie cérébrale à la naissance pour en citer quelques unes des plus courantes , et pour d'autres une cause inconnue .

Pour avoir un aperçu de cette population , nous pouvons nous rapporter à la définition donnée par **la Circulaire du n°89-17 du 30 octobre 1989.**

« Cas particuliers des enfants atteints de handicaps associés » :

Ces enfants constituent un groupe hétérogène. Rappelons que les établissements ou secteurs accueillant des enfants polyhandicapés présentant une déficience mentale sévère ou profonde associée à une déficience motrice entraînant une restriction extrême de l'autonomie relèvent de l'annexe XXIV ter.

C'est un établissement médico-social qui n'a pas vocation à traiter des pathologies nécessitant une surveillance médicale accrue, dans ce dernier cas, les résidents sont alors hospitalisés par deux médecins libéraux qui assurent deux fois par semaine des visites .

La satisfaction des besoins primaires (toilette , change , repas) est assurée par l'équipe éducative (aide médico-psychologique , moniteur -éducateur).

L'équipe infirmière assure la prise des traitements et leur surveillance et le lien avec l'équipe médicale (généralistes et spécialistes et la gestion des urgences médicales);

Cette particularité d'organisation , cette différence dans la formation de l'équipe, cantonnent l'infirmier dans son rôle de soin prescrit par le corps médical.

Mon rôle essentiel est alors d'observer l'administration des traitements et de leur surveillance.

Ces résidents n'ont pas pour la plupart accès au langage verbal mais absence de langage verbal ne veut pas dire absence de communication.

Pour autant , même si certains usagers peuvent s'exprimer , ce n'est qu'avec l'instauration d'une relation de confiance qu'ils diront leur douleur , leur inconfort , leur gêne, dans l'accomplissement de leurs actes de la vie courante.

Malgré une collaboration étroite et les actions menées par l'équipe formée par l'ergothérapeute , le kiné , la psychomotricienne , ces plaintes reviennent et un sentiment parfois d'échec peut arriver, car mon rôle propre est d'assurer et de veiller au bien -être du résident.

C'est par ce constat , que je m'interroge sur les limites de la médecine traditionnelle que nous leur proposons ou imposons .

Certaines pratiques existent déjà pour venir en complément et sont mises en œuvre telles que l'ostéopathie , d'autres techniques de relaxation comme la musicothérapie pratiquée dans notre établissement .

Seulement mon souhait est d'apporter directement du nouveau , mon sentiment est double car il est aussi de permettre au résident souvent institutionnalisé depuis des années , d'être acteur principal dans l'amélioration de son confort physique et psychique.

En parlant autour de moi de mon insatisfaction au travail , une collègue infirmière me fait passer la plaquette de la 12ème journée réunionnaise de la douleur .

L'intitulé est : « Douleur et hypnose » « Ah quand tu nous tiens! »;

Je suis d'autant plus curieuse que c'est le Dr LAKDJA de l'Institut Bergonié à Bordeaux qui ouvre la conférence , établissement que je connais pour y avoir passé mon diplôme il y a 17 ans ! Un retour aux sources personnelles pour apprendre encore.

Au cours de cette journée je suis à mon tour hypnotisée par ce qui est proposé .

Je fais dans ma tête l'aller-retour entre ce qui est présenté et ce que je pourrai transposer dans ma pratique .

Cette technique répond alors à ma double demande : apporter directement sans intervention préalable du médecin mais en complément autre chose permettant au résident de prendre part activement au soin.

Je suis rassurée et je l'avoue , que l'hypnose soit reconnue et pratiquée par le corps médical afin d'éviter toutes dérives et le discours tenu lors de cette journée va dans ce sens .

Cela finit par me convaincre de demander à mon employeur de poursuivre la formation sanctionnée par le DU Hypnose.

Ma démarche s'inscrit autour de deux axes:

- celui d'un moyen de changement , de mobilité pour le polyhandicapé en le remettant au centre . Les questions suivantes se posent : quels bénéfices pour le résident ? Comment en devient -il acteur ?

En quoi l'hypnose comme mode de communication peut apporter dans la manière de soigner ? Quelles en sont les limites s'il y en a ?

2. REVUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE

2.1 L'hypnose «une médecine pratiquée» par le patient lui-même.

L'idée est que le patient possède de manière naturelle cette capacité à être dans un état hypnotique . En quoi consiste cet état ? Quels en sont les bénéfices ?

2.1.1.Un état naturel ?

Cette interrogation peut trouver sa réponse dans la définition même de l'hypnose . Pour cela nous pouvons nous appuyer sur les différentes propositions faites par divers auteurs .

Celle proposée par J.-M. Benhaiem définit l'hypnose thérapeutique comme « 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 ».

Dans cette première définition nous avons les prémices des bénéfices pour la personne qui sont alors thérapeutiques .

Mais revenons à ces mécanismes physiologiques et psychologiques , cela sous -tend que tout individu a ses propres ressources pour lui permettre d'accéder à un meilleur niveau de santé ou de bien -être . Nous portons tous en nous notre propre guérison .

Pour davantage comprendre cet état naturel d'être en hypnose , Antoine BIOY dans son ouvrage « Hypnothérapie et hypnose médicale » parle d'état de conscience modifié qui n'est pas spécifique à l'hypnose. Ce n'est pas non plus un état artificiel qui serait alors provoqué dans des circonstances particulières (de soin , spirituelle etc ...) .

En fait toute personne connaît des variations autour de l'état de conscience ordinaire que nous avons avec notre environnement , nous pouvons parler de veille .

Ces variations nous les vivons au quotidien comme la distraction , la rêverie , l'endormissement .

L'état hypnotique est l'une de ces variations donc s'inscrit comme un état naturel de conscience modifié . Il peut être alors arrivé sans intervention d'un tiers .

C'est seulement dans le cadre d'une séance d'hypnothérapie que cet état sera provoqué par l'induction amenée par le thérapeute .

Cet état de conscience modifié porte t-il en lui la solution aux maux du patient ? Si la réponse n'est pas positive de manière catégorique que va t-il permettre au patient pour initier un changement ?

2.1.2 La démarche hypnotique : un processus de changement , de mouvement pour le patient.

Antoine BIOY souligne que «l'état de conscience modifiée n'est pas thérapeutique en soi. Il ne supprime pas la souffrance des patients , et encore moins ce qui est l'origine de ladite souffrance . L'état hypnotique facilite le processus de changement , mais n'en est pas la substance » .

Si l'on parle de processus de changement , de mouvement c'est parce qu'au départ le patient arrive focalisé sur son symptôme qui peut être sa douleur , son stress . Généralement , toute son attention est portée sur cet état de souffrance , de douleur qui va restreindre son monde qui ne sera alors perçu qu'à travers la douleur . Cet état va envahir tout le champ de perception de la personne . Le personne douloureuse , anxieuse va focaliser toute son attention sur son mal.

La démarche hypnotique consiste à changer le champ de sensorialité pour rentrer « dans un autre mode de présence à soi et au monde ,..., lâcher le contrôle pour s'installer dans une posture nouvelle et se repositionner au sein de sa vie ». Ces derniers propos d'Isabelle Célestin – Lhopiteau sont précisés par la description du processus hypnotique .

Les outils hypnotiques vont amener le patient à quitter la fermeture sur sa douleur et s'ouvrir à d'autres perceptions sensorielles . Elle décrit quatre phases : la première phase est celle du patient immobilisé dans sa vie par son symptôme .

La deuxième phase est celle où l'hypnose va le défocaliser en l'amenant à quitter sa perception ordinaire , par des exercices d'induction et déplacer l'attention du patient sur d'autres éléments de son contexte .

Il lui sera « proposé de focaliser son attention sur une perception qui peut-être au choix ou successivement une image , un son , un mouvement ... Le patient commence à faire abstraction de toutes les autres perceptions. C'est cette centration sur une perception à la fois qui permet le passage vers la dissociation ».

S'enchaîne alors la troisième phase où le patient se dissocie de la perception du quotidien pour faire place à un autre type de perception nommée par François ROUSTANG (2003) de « perceptude » : c'est une phase où l'individu lâche prise pour perdre ses certitudes afin de changer .

La quatrième phase présente le bénéfice car c'est « celle d'un agrandissement des perceptions, du mouvement, de la souplesse , de l'ouverture . Après avoir pris le risque de perdre le contrôle, le patient entre dans une perception sensorielle plus fine ». La suggestion thérapeutique prendra toute sa place .

Le processus hypnotique a pour bénéfice pour la personne de la remettre en mouvement face à son immobilisation , à ses moments de blocage où tout ce qu'on peut lui proposer « ne sert à rien » .

L'hypnose s'inscrit contre l'immobilisme et tend vers un renouveau dans sa manière de ressentir et proposer ce « pas de côté » ouvrant l'individu à d'autres manières de percevoir son problème.

Isabelle Célestin parle de « nouvel apprentissage : en changeant de perception , une personne apprend à se défaire de ses automatismes , pour sortir de ses habitudes et schémas appris , qui sont dans de telles situations inefficaces , pour créer du nouveau ».

Le patient pourra alors à nouveau se relier au monde et non plus à sa douleur et vivre différemment car un mouvement a été amorcé en lâchant ses vieilles habitudes .

Nous l'avons vu au départ , l'état hypnotique est un état naturel qui fait partie des différents états de veille comme la rêverie . L'hypnose fait donc partie de notre quotidien . Selon certaines études (Rossi 1995) , certaines variations régulières du niveau de vigilance se produiraient toutes les 90 min, et favoriseraient l'entrée dans ces trances communes de la vie quotidienne .

Cela ouvre la perspective pour le patient vers la pratique de l'auto-hypnose avec l'apprentissage du thérapeute . Un autre bénéfice s'ajoute pour la personne qui gagne aussi en autonomie et devient un acteur à part entière dans le changement de perception de son être au monde.

«L'auto -hypnose par une pratique régulière devient alors un art de vivre . Il s'agit de prendre la juste distance vis-à-vis de ses émotions , d'être simplement présent à soi-même et au monde , sortir de toute pression même pour changer » (Isabelle Célestin Lhopiteau).

Quel bénéfice pour le patient de pouvoir faire sienne cette pratique et d'y revenir dès que lui en ressentira le besoin ! Il obtiendra cette possibilité de remettre du mouvement dans tout ce qu'il jugera rigide pour lui et source de souffrance .

L'hypnose peut être alors pratiquée comme un art de vivre tant son champ d'application est vaste et trouve sa place dans mon exercice infirmier où est recherché un meilleur confort , un mieux -être pour les résidents .

2.2 L'hypnose : un art pour soigner .

Cette pratique thérapeutique mobilise certes le patient dans ses ressources mais demande aussi au soignant de se mobiliser pour porter une attention juste et adaptée pour être au plus près de la personne . Revenons à la définition même de thérapeute : « thérapeutes en grec » signifie soigner , prendre soin . « Le thérapeute ne guérit pas , c'est la Vie qui guérit . Le rôle du thérapeute est de créer , ou de permettre les meilleures conditions pour que la guérison puisse advenir ». Ce dernier aide le patient à retrouver la vision juste des choses , à y voir clair.

Cela demande au soignant de mobiliser sa qualité d'être .

Isabelle Célestin Lhopiteau souligne que : « Le plus important chez le thérapeute , c'est sa qualité d'être , la guérison se faisant d'être à être ».

2.2.1 Un art dans la relation soignant / soigné : l'alliance thérapeutique

Isabelle Célestin -Lhopiteau précise que : « Cette pratique thérapeutique ne peut prétendre être ni une théorie , ni même une méthode , elle nous permet ainsi de sortir de tout modèle théorique , de tout dogme pour penser ce processus . L'hypnose thérapeutique n' a de sens que dans un contexte relationnel , une relation thérapeutique où le thérapeute développe une attention , une présence particulière particulière à son patient ».

Cela explique que chaque séance est unique et ne peut se transposer à l'identique pour un autre résident . En cela l'hypnose médicale demande au soignant à chaque fois de se réajuster à la personne soignée . Le soignant doit tenir compte alors de l'évolution de la douleur , du stress du patient . Là aussi se situe le mouvement , rien n'est figé .

Pour créer cette relation , ce pas de deux , la confiance thérapeutique est essentielle pour amener le patient à changer de sensorialité . Une donnée essentielle est celle de connaître le contexte de vie du patient , de ses émotions , de son ressenti sensoriel lorsqu'il évoque sa douleur . En effet , ceci permet d'avoir le point de départ pour lui faire ce pas de côté et abandonner ses certitudes .

C'est un préalable pour être effectivement au plus près du patient . Comme le rappelle Isabelle Célestin – Lhopiteau , « toute séance d'hypnose est donc une co-construction où le thérapeute s'adapte , s'ajuste constamment au patient qu'il a devant lui .C'est en permanence à partir de ce que le patient expérimente pendant la séance et dans cette relation d'attention particulière du thérapeute à son patient qu'un réaménagement du rapport au monde du patient peut apparaître » .

Le thérapeute doit se positionner en observateur . Lors d'une séance , le thérapeute part de l'observation du sujet qu' il a en face de lui , afin de l'imiter dans son style respiratoire , de bouger comme lui , d'adopter la même position . C'est créer alors des relations plus directes et plus faciles avec ce qui nous ressemble . La personne sera alors rassurée et sera amenée à changer .

C'est grâce à ce réajustement que le thérapeute va choisir les techniques thérapeutiques afin d'activer les capacités de changements du patient.

2.2.2 Un art dans la communication

Tout l'art de soigner par l'hypnose va consister à bousculer le patient dans sa façon habituelle de penser et de ressentir , sans cela le changement n'est pas possible. C'est donc amener la personne à changer de sensorialité.

L'imaginaire , le paradoxe , l'étonnement trouveront toute leur place dans cette pratique et permettront de balayer la raison , l'intellect , le contrôle et rentrer ainsi dans une autre forme de perception .

L'induction hypnotique va amener alors le patient à rentrer dans une « relation intuitive , instinctive au monde , à son corps et à lui -même » , Isabelle Célestin Lhopiteau poursuit que l'hypnose constitue un travail autour de la sensorialité . Ceci est d'une grande importance lorsque l'on travaille avec des polyhandicapés . Les différentes techniques d'induction s'appuient sur les voies sensibles d'un ou plusieurs canaux sensoriels. Ainsi l'échelle de VAKOG (Visuel , Auditif, Kinesthésique , Olfactif, Gustatif) permettra au thérapeute de privilégier le canal sensoriel du patient qui permettra d'orienter le choix des suggestions et des métaphores tout au long de la séance.

On pourrait croire que travailler avec un patient handicapé limite le terrain sensoriel habituel qui se trouve de fait amoindri.

L'art du thérapeute sera de dépasser cet « obstacle » . L'accompagnement du thérapeute sera d'aller au-delà des limitations et de s'appuyer sur toutes les capacités physiques et mentales de la personne.

Dans mon cas , je dois prendre en compte non seulement les limitations physiques mais également mentales et de tenir compte de l'âge mental et de le considérer alors comme si c'était l'âge réel du patient. Je dois faire attention d'être dans la bonne appréciation de ces éléments . A défaut je ne serai au plus près de ce qu'il est et ne pas alors l'accompagner dans son expérience hypnotique .

Les personnes handicapées se sentent souvent dévalorisées et remettre leur corps au centre comme une ressource peut initier un changement par rapport à leur perception négative de départ.

Pour Gaston BROUSSEAU l'hypnose permet un réapprentissage des cinq sens , une communication de tous les sens entre eux amenant un état où le patient n'aurait plus d'effort pour être . Cela permet de lever des inhibitions chez un patient handicapé (ex. un patient paraplégique reçu en accueil temporaire après induction , je lui fais revivre ses sensations en le faisant courir ... il a vraiment apprécié). Les seules limites sont celles du thérapeute.

Au thérapeute de créer , d'innover en écoutant la personne lui raconter son histoire. Pour cela un autre outil très intéressant celui des métaphores permet de donner au symptôme (douleur , stress), une autre symbolique , un autre contenu pour le patient .

Problématique : Après cet exposé , je me suis demandée en quoi l'hypnose peut constituer un moyen de changement , de mouvement pour la personne polyhandicapée ? Peut-elle avec ses capacités amoindries devenir un acteur à part entière en faisant sienne cette pratique ? En tant que soignant l'hypnose constitue t-elle un moyen de communication qui va bousculer ma manière de soigner ? Ma pratique de l'hypnose me démontrera t-elle des limites et les lesquelles ?

3. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE .

Comme je l'ai évoqué dans l'introduction , mon emploi se situe dans une maison d'accueil spécialisée pour polyhandicapés majeurs associant donc des déficiences cognitives et physiques .

Cette population demande un accompagnement constant dans l'accomplissement des actes de la vie courante mais également un soutien et une aide pour favoriser leur bien-être.
Pour certains résidents cette maison d'accueil est leur domicile mais avec le partage d'une vie en collectivité .

Cet établissement offre aussi un accueil temporaire pour des personnes dont les familles ont besoin d'un répit .

Ces personnes ne sont pas forcément des polyhandicapés mais présentent toutefois un état de santé demandant une aide totale ou partielle pour les actes de la vie courante.

Le cadre de la rencontre pour chacun des résidents s'est fait dans l'établissement, dont c'est le domicile .

Pour l'un des résidents, la séance a eu lieu lors d'un soin journalier et pour l' autre le cadre a été fixé au préalable lors d'une discussion avec lui .

3.1 Présentation de Mr L. , de la rencontre et de sa demande .

Premier résident avec qui l'expérience de la pratique d'hypnose a eu lieu, s'inscrit dans le cadre d'une proposition de ma part de lui faire profiter d'une nouvelle expérience pour l'aider à gérer son stress provoqué par son départ en métropole.

En effet ce jeune homme Mr L a monté son projet de voyage avec l'équipe éducative afin de visiter la capitale mais surtout revoir sa mère qui y réside.

Mr L. se dit stressé tant par le voyage que par la rencontre avec sa mère avec qui il a repris contact .

D'un point de vue clinique , ce jeune homme de 29 ans est né à 32 semaines d'aménorrhée et présente une tétraplégie spastique prédominant aux membres inférieurs et une dyspraxie maxillo-faciale rendant son élocution difficile .

Il mesure 1m80 et pèse 52kg et se déplace en fauteuil électrique et lors de ses déplacements il lui arrive fréquemment de cogner les objets voire même les gens!

Se déplacer dans son environnement n'est pas chose aisée pour ce jeune homme qui par ses gestes parfois brusques s'attire les remarques des autres résidents et de l'équipe.

En 2002 , Mr L. a subi une arthrodeèse vertébrale et est porteur d'une pompe située au niveau de son abdomen lui délivrant un anti-spastique .

Lors de la grossesse , la mère a subi de graves violences physiques de la part du père amenant à l'accouchement prématuré.

Le contexte lors de la naissance est difficile car le père a été jugé et condamné pour ces mêmes violences envers la mère .

Actuellement, la mère a refait une famille , mais ne souhaite pas accueillir Mr L. dans son foyer et ne souhaite que des entrevues épisodiques . Mr. L.a beaucoup de mal à l'accepter.

Mr L. bénéficie d'un suivi une fois par semaine avec la psychologue de l'établissement où un travail se fait autour de la rencontre avec la maman et la reprise de contact avec son père.

Malgré les différentes tentatives d'entrevues dans un premier temps avec la psychologue , le père ne s'est pas présenté aux différents rendez -vous . A l'heure actuelle , Mr L. n'a jamais vu son père qui ne se manifeste plus .

Mr L. est très émotif et a besoin parfois d'être recadré par l'équipe éducative car il peut se montrer agressif et irrespectueux lorsqu'il est contrarié .

Mr L. face à un événement sortant de l'ordinaire lui créant un stress , se souille engendrant un sentiment de dévalorisation .

En effet , un examen de contrôle lui a été prescrit , cela a nécessité un déplacement à l'hôpital pour le pratiquer .

Il s'est souillé lors de l'examen . Mr L. revient alors désemparé et ne veut pas en parler .

Il est cependant rassuré par les éducateurs mais Mr L. est submergé par ses émotions .

Dans ce contexte a lieu donc la séance qui se fera dans la salle de soins à la demande de Mr.L.

3.2 Présentation de Mme C. de la rencontre , et de sa demande .

La deuxième personne qui expérimentera l'hypnose , réside également à la Maison d'accueil qui est son domicile.

Mme C. a connaissance pour lui en avoir donné l'information , que je suis actuellement en formation pour apprendre , expérimenter l'hypnose et lui explique en quoi cela consiste , elle semble intéressée par les indications que propose l'hypnose de traiter.

Mon rôle avec cette résidente est d'être également son infirmière référente .

En effet , je suis chargée plus spécifiquement de centraliser les demandes tant de la résidente que celles de l'équipe la concernant pour ensuite en faire part soit aux médecins si cela concerne une demande d'ordre médical , soit en réunion pluridisciplinaire si cela concerne un tout autre problème.

Mme C. a 50ans , mesure 1m50 pèse 65kg et se déplace seule en fauteuil roulant . Elle a un déficit moteur et cérébral suite à une méningite néo natale .

Elle présente une dyspraxie maxillo-faciale et une dyskinésie en rapport avec l' infirmité motrice et cérébrale .

Elle a dystonie généralisée des quatre membres mais également de la tête et du cou avec tendance à l'inflexion latérale gauche du cou.

Cette patiente est hyper algique avec une scoliose cervicale dorso-lombaire et d'une arthrose cervicale .

Elle est atteinte d'une surdité évalu e à 30% et a été op r e en 2013 d'un chol st atome à l'oreille gauche . Elle souffre d'un retard mental modéré.

Elle est très soucieuse de son apparence physique et est souvent dans un rapport de séduction avec le personnel masculin .

Mme C. refusait que les soins soient effectués par les « soignants homme » . Un travail éducatif avec elle a été fait pour que l'infirmier en poste quand il est seul puisse lui faire les soins .

L'équipe a du se positionner par rapport aux demandes de cette résidente qui a du mal à se détacher du personnel pour faire seule des actes dont elle est capable d'effectuer .

Sa famille est sa sœur aînée qui ne veut plus de contact avec Mme C. depuis qu'elle ne gère plus son argent à la demande de la résidente qui voulait le faire elle -même .

Depuis elle n'a plus de nouvelles de sa sœur qui ne répond pas d'ailleurs à ses sollicitations .

La résidente allait le week-end chez elle ce qui lui permettait de sortir de l'institution , ce qui n'est plus d'actualité.

Mme C. fait alors la connaissance d'un résident venu en essai le week-end en accueil temporaire qui est également porteur de handicap moteur dû à un accident .

Mme C. entame une relation avec ce Monsieur et se fiance d'ailleurs avec lui.

Les relations sont épisodiques et se résument aux séjours en accueil temporaire de ce dernier.

Mme C. place beaucoup d'espoir dans cette relation et fait des projets de vie à deux et de séjours à l'extérieur mais qui ne se concrétisent pas .

En effet son partenaire est confronté lui -même à ses problèmes de santé et ne répond pas favorablement aux propositions de sorties de Mme C.

Mme C. ne souhaite pas voir la psychologue du service et ne se confie qu'à très peu de personnes . Elle s'isole beaucoup dans sa chambre .

Elle ne veut se mêler aux autres résidents .

Dans ce contexte , la résidente se plaint davantage , de la même douleur au niveau lombaire et ni les antalgiques et les séances de kinésithérapie ne semblent la soulager .

Cependant , tous les soirs le rituel de l'administration des médicaments est le moment où elle sollicite les infirmiers pour avoir un antalgique .

C'est ce moment précis que je vais choisir pour lui proposer en plus du médicament , un moment pour elle, lui permettant de lâcher « juste un peu d'inconfort » .

Cet instant, elle va le réitérer avec moi plusieurs fois à ma grande surprise .

4. RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES

4.1 Séance avec Mr L.

Cette séance a été prévue avec le résident le samedi en milieu d'après -midi , une semaine avant son départ en métropole. Ce moment est plus favorable car une partie des résidents sont rentrés dans leur famille et je suis plus disponible aussi.

Je redemande donc à Mr L. s' il est prêt et par sa réponse affirmative me suit dans la salle de soins .

Je laisse exprès la porte donnant sur la cour ouverte , m'assurant de conserver la discrétion de la séance par rapport à l'extérieur .

Je le fais sciemment surtout pour m'appuyer sur les bruits environnants et le soleil qui rentre généreusement dans la pièce .

Je commence l'entretien en refixant le cadre . Je rappelle à Mr L. notre discussion à l'origine de la séance et reprécise sa demande .

Mr L. me dit qu'effectivement avant chaque départ il est stressé même s'il sait qu'il est déjà parti en avion et qu'il ne risque rien , mais dit-il : « c'est plus fort que moi , j'arrive pas à me contrôler , j'ai quand même de l'appréhension ». Il s'adresse sur un ton précipité et en perd le souffle comme s' il avait fait un effort particulier .

Mr L. ne fait aucunement état des retrouvailles futures avec sa mère et comme ce n'est pas l'objet de sa demande , je ne m'aventure pas sur ce terrain glissant !

Je lui suggère de s'installer le plus confortablement possible dans son fauteuil.

Très naturellement , Mr L. bascule le dossier de son fauteuil en arrière et relève l'avant de celui -ci , lui conférant alors une position presque allongée, et remonte son fauteuil en hauteur , me plaçant de fait dans une position « basse » !

Je lui dit que c'est très bien , et je lui indique que je vais faire comme lui en allongeant mes jambes devant moi tout en prenant une assise confortable sur la chaise sur laquelle je suis installée.

Je l'observe à ce moment là et je le vois sourire , je ratifie son sourire et lui demande s'il est prêt pour faire cette expérience , se donner un moment de détente pour lui et de l'accompagner . Il acquiesce et à ma grande surprise , il a déjà fermé les yeux !

Il me dira plus tard qu'il a déjà fait des séances de relaxation !

Je commence à peine et voilà le premier élément du VAKOG pour l'induction qui m'échappe ! Qu'à cela ne tienne , je lui suggère néanmoins de percevoir à travers ses paupières , la lumière du soleil qui rentre dans la pièce car c'est une belle journée. Je reste directive mais j'ajoute qu'il peut tout à fait voir autre chose ! J'avoue je vais moi aussi à l'aveuglette !

Mr L. rit à chacune de mes suggestions et je ratifie cela et je l'attribue peut-être à la nouveauté qu'il est en train de vivre , A ce moment là , je me dis que je suis en train d'analyser ses réactions plutôt que de me concentrer sur l'induction .

Je poursuis sur les bruits venant de l'extérieur qui proviennent de la cour , les oiseaux sont avec nous , ils se répondent et offrent différentes tonalités .

Je l'amène ensuite dans la pièce et l'invite à entendre les voix des collègues qui remontent les usagers à l'étage , le bruit que font les autres résidents , puis plus proche de nous le ronflement du moteur de l'ordinateur sur le bureau des infirmiers.

Je me sers des bruits de sa déglutition et de sa respiration pour l'amener à se centrer ensuite sur ses sensations kinesthésiques .

Je note que sa respiration est toujours aussi rapide .

Je le guide dans ses sensations corporelles de contact avec son fauteuil en y associant l'air qui rentre dans la pièce et qui effleure son visage .

Cet appel d'air dans la pièce permet de l'inviter à inspirer et à expirer de plus en plus profondément .

Je me rends compte que je cale ma voix sur sa respiration qui s'applique à bien inspirer et expirer , je me sens au bord de l'apnée et je ressens le besoin de ralentir ma voix , d'être plus calme aussi .

J'avoue que c'est aussi une première pour moi et que je suis en train de faire passer mon émotion.

Le résident arrive alors une respiration apaisée et je lui suggère alors de faire un voyage imaginaire vers un endroit dans lequel il se sent parfaitement à son aise.

Je préfère dans l'accompagnement hypnotique être moins directive que dans l'induction , j'ai envie de laisser place à son imagination .

Je me réfère à d'une des séances sur le « safe place » et je décide m'en servir .

Je suggère à Mr L. de choisir ce lieu qu'il connaît déjà ou pas ou qu'il invente pour y mettre ce qu'il lui ferait plaisir comme décor avec des couleurs plus ou moins claires ou non .

Je préfère dans mon discours laisser ce choix. Je fais appel en fait aux différentes modalités sensorielles . A sa vision d'abord de son lieu avec le décor mais aussi s'il se situe à l'intérieur ou à l'extérieur .

Je l'amène dans cette promenade et je me rends compte que je me balade aussi tout en étant centré sur lui en l'observant , car je suis curieuse de voir qu'il respire lentement mais j'observe le mouvement rapide de ses paupières .

Je l'invite à se déplacer dans son fauteuil OU PAS ! Il ne réagit pas à la phrase alors que je suis en train de me dire comment tu veux qu'il se déplace autrement ! Mais je continue à lui suggérer qu'il se déplace avec aisance et facilité .

Bref , je suggère de peupler son endroit de gens , d'animaux ou au contraire de s'y plaire seul .

Je ressens moi le besoin d'arrêter de parler , et je lui signifie que je vais le laisser profiter de ce moment dans l'endroit qu'il a choisi.

Je l'invite ensuite à y revenir à chaque fois qu'il le souhaitera puisque cet endroit lui appartient totalement .

Je laisse écouler un peu de temps , lui pour en profiter et moi pour me reposer car je ne pensais que ça me prendrait cette énergie !

Retour vers l'état de conscience ordinaire! Je reprends sur sa respiration , sur ses sensations des pieds sur les cales de son fauteuil , pour remonter jusqu'à son repose-tête .

Mr L. reste détendu et n'ébauche aucun mouvement. Je me précipite malgré moi pour lui faire part des bruits alentour , de certains résidents que l'on entend à l'étage au-dessus en les nommant.

Mr L. n'est pas très pressé pour ouvrir les yeux quand je l'invite à le faire . Je reviens alors vers ses mains en lui demandant de les bouger sur ses jambes , ce qu'il fait .

Je me dis que j'ai voulu aller trop vite et qu'il me montre que c'est lui qui décidera du moment, donc je lâche et les choses viennent d'elles-mêmes.

Il s'étire doucement les bras ! C'est gagné un peu sur la spasticité.
Il baille et ouvre les yeux , j'en profite pour l'accompagner et nous voilà à bailler ensemble , chose improbable en temps normal.

Je me rends compte que lors de notre discussion de départ je n'ai pas eu l'idée de lui poser une question d'ordre pratique du genre quelle est l'équipe de nuit qui s'occupera de toi? En effet , Mr L. est incollable sur nos plannings ! J'y pense trop tard .

Platement, je lui demande si ça va , il me répond qu'il se sent bien et vraiment détendu...Il me révèle juste que l'endroit où il est parti se situe en métropole mais il ne m'en dira jamais plus.

Effectivement , je reste maladroite dans mes propos car je lui dis que ce qu'il a vécu il n'a pas besoin de le dire , ça lui appartient ! Mes propos ont pu lui suggérer de ne rien me dire aussi !

Je le remercie de m'avoir fait partager ce moment .
Il me répond : « de rien ». Tout est dit dans sa réponse.
Je note que pour la suite de la journée , il est calme et baille régulièrement ! (D'ennui ?) .

Je n'hésite pas après la séance , d'en faire état dans les transmissions écrites afin d'en informer mes collègues .

Je fais part aussi du comportement de Mr L. Il a su se relâché , il est également capable de faire preuve de concentration lorsque je l'invite à sentir sa respiration.

Un regard différent m'amène à le voir capable de s'intéresser à d'autres expériences qui peuvent l'aider à gérer ses émotions .

C'est une expérience qui ne cherche pas un résultat visible et immédiat , ce qui ne le mène pas à vivre un échec . Je ne manque pas d'ailleurs en fin de séance de lui rappeler , il n'y a aucun jugement en terme de valeur.

Il a opéré un mouvement , un changement tout simplement en ayant fait cette première démarche . Je lui laisse le choix de réitérer à sa demande une autre séance . La porte de l'infirmierie reste ouverte.

4.2 Séances avec Mme C.

C'est avec cette résidente que j'ai eu le plus de difficultés je l'avoue pour l'amener à une séance d'hypnose.

Certains préalables ont été nécessaires . En effet je lui propose d'emblée en citant le terme d'hypnose , une séance . Je lui dis de réfléchir mais elle me répond « non » . Je n'insiste pas.

Cependant le soir, lors de la distribution des traitements, Mme C. aime être avec le soignant pour parler en demandant son antalgique .

J'en profite pour lui proposer un temps de « relaxation » pour diminuer son inconfort. Je me garde de parler de douleur et de focaliser son attention sur une autre partie de son corps .

Je vais alors me servir de sa respiration pour l'amener petit à petit à lâcher .

Je me rends compte qu'elle est dans le contrôle et oppose beaucoup de résistances . Je lui suggère seulement au départ de souffler ses tensions .

L'air par son simple renouvellement à l'intérieur permet cela. Elle accepte au départ de le faire sans que je fasse une induction classique car je sens qu'elle n'aura pas la patience .

Sa phrase préférée lorsqu'on lui a proposé différentes solutions pour la calmer est que «ça ne changera rien ».

Cependant je ne sais si c'est l'exercice qui lui plaît et lui apporte quelque chose ou si c'est une manière de capter aussi mon attention !

Pourtant je remarque au détours de son bain le matin qu'elle va utiliser cet exercice de respiration qu'elle a fait avec moi.

Je décide le soir de pousser un peu plus loin la séance. Je la laisse venir demander son traitement habituel , elle sait que l'antalgique n'étant pas prescrit en systématique , je ne devancerai sa demande , à elle de le faire . Elle le fait en minaudant et je me garde de lui en faire la remarque !

Je lui dis alors qu'avant de faire l'exercice de respiration , elle va juste s'apporter un peu plus de confort « en ne faisant rien! » . Elle est surprise et j'en profite pour enchaîner de suite sur sa position dans le fauteuil et de prendre une position confortable , la plus confortable .

Je m'inspire alors de l'exercice de Gaston BROSSEAU : « Ne rien faire »

Cependant je ne lui demande pas de fermer les yeux car elle les a fixés sur moi et j'avoue je ne me sens pas à l'aise car elle comprend très bien ce qui se passe mais elle joue le jeu.

Je l'amène à ne rien faire , de ne pas m'écouter , de ne pas se relaxer et que toutes ses économies d'énergie qu'elle accumule à ne rien faire , elle va pouvoir s'en servir quand elle en aura besoin.

Je répète cela avec des variantes dans les termes , elle est calme mais ne ferme pas les yeux .

Je vais lui suggérer de le faire en portant attention à sa respiration . D'elle même elle va prendre une plus grande amplitude pour respirer , je l'accompagne .

Je reprends alors la parole en lui disant de continuer à ne rien faire et de laisser l'air faire ce qu'il a faire naturellement pour la régénérer .

Je remarque alors que sa respiration est calme , je la conforte dans ce qu'elle fait et de prendre conscience que chaque respiration lui apporte toujours plus de confort , de bien-être .

C'est elle qui ouvre les paupières sans que je lui suggère .

Je termine seulement en lui disant qu'elle a les ressources en elle pour diminuer son inconfort et si elle le souhaite , je lui propose de l'accompagner jusqu'à qu'elle puisse seule faire ces exercices de détente.

Elle se met à rire et je lui en demande la raison . La raison c 'est la nature discours que je lui tiens qui n'est pas habituel . Je garde pour moi ma réflexion qu'il en est de même pour moi . Mon discours inhabituel ne lui a pas fait pensé à sa douleur !

A posteriori , je remarque que tous deux m'ont aidée .

Cette conclusion je la tire du fait que je ne suis pas à l'aise avec cette pratique , ils ont eux joué le jeu en mobilisant leurs ressources .

Ils m'ont amenée là où ils étaient et non pas où moi je voulais les amener .

En effet , les séances ne peuvent s'inscrire dans un cadre formel comme chez un hypnothérapeute de longue expérience et je ne m'identifie pas d'ailleurs à cette image .

Je reste aussi pour eux une des infirmières du service.

A moi de ne pas attendre un résultat en terme médical mais d 'observer simplement ce qui se passe pour eux même : un moment pour se poser que ce soit une bonne ou une mauvaise expérience.

5. DISCUSSION THEORICO - CLINIQUE

5.1 Rappel de la problématique

L'hypnose constitue t-elle un moyen de changement pour le résident ?
Quels bénéfices ? Comment peut-il en devenir acteur ?

En quoi l'hypnose comme mode de communication a changé ma manière de soigner ? Quelles en sont les limites ?

En confrontant mes observations à ces questions , je me suis rendue compte que leurs expériences de l'hypnose apportent également des réponses sur ma manière d'être de soignant et sur mes limites aussi .

5.2 Confrontation des observations à la problématique .

Ma première idée est de mettre au cœur de cette pratique le résident , ce qui constituait un premier changement , qu'il ait le rôle principal.

Dans les deux expériences , tant Mr L que Mme C se sont retrouvés dans la position du savoir . En effet , je me suis retrouvée dans ce rôle d'accompagnateur en ayant complètement expérimenté ce mode de communication .

L'interaction n'a pu se faire que par la capacité de ses deux résidents à mobiliser leurs ressources inconscientes et de les utiliser de manière positive .

Eux seuls peuvent choisir d'y participer activement . C'est en cela que le mouvement est présent .

De par cette constatation , eux ont très bien compris qu'il n'y a pas d'échec en matière d'hypnose , il n'y en a que si on attend quelque chose de précis . Phrase que je me suis plu à leur dire !

Si pour le premier résident il y avait une demande par rapport à son stress , elle a été induite par ma proposition de lui faire expérimenter l'hypnose . Cela diffère de la démarche active du patient qui vient voir un hypnothérapeute .

De plus pour la deuxième résidente , elle n'a eu aucune demande . D'ailleurs , elle est restée dans un niveau de transe qu'elle a voulu avec ses résistances et son besoin de garder le contrôle . Rien de précis n'était attendu .

Si l'échec est craint , il l'est pour moi . Je me suis trompée , croyant devoir porter l'efficacité des séances en attendant un mieux-être pour eux.

Aucun des résidents m'a demandé de porter quoique ce soit!

Ils n'ont d'ailleurs pas été plus mal après. En cela il n'y a pas eu échec.

D'ailleurs Mr L. lorsqu'il a commencé à me parler de son lieu sûr , je n'ai pas su l'accompagner dans « l'après séance ».

J'avoue je ne me sens pas de taille à entendre ce qu'il a à dire à ce moment là , sachant de plus qu'il est suivi par la psychologue , donc je me suis retranchée derrière elle.

Lors de ma formation , j'ai mis au courant ma collègue psychologue , que je ne ferai pas de travail thérapeutique car ce n'est pas de ma compétence et je renverrai de ce fait le résident vers elle .

A posteriori , je comprends que même si je ne suis pas dans l'analyse , rien ne m'empêche en tant qu'infirmière de recueillir simplement ses propos en l'écoutant !

Par mon attitude , j'ai eu l'effet inverse en privant le résident du bénéfice de parler de lui , de ce qu'il avait vécu dans sa séance . J'ai vu une de mes limites.

Mme C. avec son besoin de contrôle reste actrice de cette expérience puisqu'elle lui a donné la place qu'elle a estimé . D'ailleurs actuellement sa demande d'antalgique le soir s'est déplacée vers le mal de tête .

Cette confrontation entre ce que j'ai observé et mon interrogation sur les changements que peut apporter l'hypnose dans la vie des résidents, ne semble pas devoir se poser en ces termes .

Le changement je l'ai défini pour eux . En effet , j'avais envie de les amener à l'auto – hypnose !

Ce mouvement je l'ai voulu moi , eux ne sont pas forcément dans une démarche d'autonomie avec l'hypnose !

Pour tous les deux , ils mettent des oppositions à leurs ressources de peur de se retrouver aussi seuls et parfois disent qu'ils aiment qu'on fasse les choses pour eux !

Peut-être certains préalables en terme d'autonomie de leurs besoins sont nécessaires avant de parler d'auto – hypnose ou de ne pas en parler tout simplement . Mon rôle est d'être là où ils sont pour les accompagner et non de les devancer.

Sur cette brève analyse de l'apport de l'hypnose pour les résidents , je dois m'interroger sur ma pratique . En quoi l'hypnose a bougé ma manière de soigner ?

L'hypnose m'a permis de me rapprocher d'eux en n'étant dans un rôle de celui qui sait . De se mettre dans cette fameuse position « basse » permet de se sentir plus libre dans la relation et d'être plus attentive à ce qu'ils sont . Mon regard s'est modifié parce que je me suis vue aussi autrement .

Ma volonté est aussi de me mettre en mouvement dans ma façon de soigner et adoptant un discours inhabituel .

Il est intéressant de s'entendre parler sur un ton plus lent , de dire des phrases qui amènent le résident à vivre dans un autre espace-temps . Bref de s'échapper .

Seulement , j'ai également vu et ressenti mes limites et le travail qui restent à faire . Je n'ai pas encore le réflexe d'utiliser l'hypnose de manière plus fréquente , pourtant cela reste possible avec l'hypnose conversationnelle .

J'utilise peu les métaphores . Pour cela , je devrais utiliser davantage leurs centres d'intérêts et m'en inspirer pour établir cette relation hypnotique , c'est-à-dire d'être au plus près de ce qu'ils sont.

Si les avantages semblent nombreux , les limites de l'hypnose ne vient pas de la technique elle-même , mais du soignant , car même si elle remporte tous les suffrages, l'hypnose comme art de vivre , se travaille , se pratique pour faire partie intégrante du soin.

5.3 Discussion éthique

Ce point pourrait s'envisager sur deux aspects , le premier sur le consentement du résident polyhandicapé et celui de la pratique de l'hypnose dans le rôle infirmier .

Si pour des besoins purement intellectuels , je divise ses deux aspects , ils semblent étroitement liés dans les faits . En effet , je n'exerce mes compétences que parce que j'y suis autorisée par la Loi .

Mon exercice professionnel est régi par décret du 29 juillet 2004 du code de la santé publique (C.S.P) qui définit l'ensemble des soins infirmiers . Ce texte réunit à la fois le décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles et l'ancien décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels .

L'article R.4311- 3 du C.S.P dispose que « relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes . Dans ce cadre , l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge « nécessaires » .

La pratique de l'hypnose s'articule avec les dispositions réglementaires car elle a pour objectif non pas de se substituer à une prescription médicale mais de s'y intégrer . J'en ai pris l'initiative comme j'y suis autorisée .

Je m'adresse bien à une population qui nécessite des soins visant à compenser une diminution d'autonomie , c'est l' objectif principal de ma démarche.

Une meilleure gestion du stress pour Mr L. lui permet d'être plus confiant pour réaliser un acte banal comme se déplacer en fauteuil. Pour lui , cet acte lui demande de la concentration et du calme , donc un effort.

Concernant le consentement de la personne soignée , il faut noter que la personne handicapée est considérée comme une population fragile dans le sens qu'elle ne jouit pas de toutes ses capacités physiques et mentales .

Mr L . et Mme C. ne sont pas sous un régime de tutelle .

Dans ma présentation de ces personnes , je spécifie leur retard mental modéré pour chacun .Toutefois par des explications adaptées , ils comprennent ce que je leur propose avec l'hypnose. Ne pas faire la demande expresse d'une séance ne signifie ne pas y consentir .

Mme C. a très bien su dire non une première fois . Cette résidente a besoin de s'opposer et d 'aller progressivement à son rythme pour adhérer à autre chose pour elle .

Elle n'a pas réagit de manière différente avec l'hypnose , elle a emprunté le chemin qu'elle a choisi pour y arriver . Dans ce sens , elle exerce sa liberté de consentir à ma proposition .A tous les deux , j'ai laisser la possibilité par leur propre initiative de venir me voir pour renouveler cette expérience .

5.4 Apport de cette étude

La pratique de l'hypnose en tant qu'infirmière s'intègre avec les autres thérapeutiques , celle de la médecine traditionnelle et celle pratiquée par la psychologue du service.

Il est important d 'apporter un point de vue différent mais de ne pas s'y isoler .

J'ai pris le parti de faire part de ma formation lors des transmissions avec l'équipe éducative et médicale . En effet , l'hypnose permet de faire « ce pas de côté » . Ne pas resté figé dans sa pratique permet de se remettre aussi en question dans ses attentes face au métier . Cette nouvelle pratique , j'ai eu besoin de la partager avec mes collègues .

L'hypnose est un moyen pour moi alors de me mettre aussi en mouvement . Cela me demande de sortir de mes habitudes de soignante et de faire preuve davantage de créativité et cela me demande aussi un effort.

6.CONCLUSION

L'hypnose médicale est chemin d'apaisement et m'a permis de redécouvrir les personnes que je côtoie tous les jours mais aussi dans le cadre de mes remplacements en libéral . J'en ai ressenti une grande liberté , celle de m'approprier cette technique sans complexe .

J'ai besoin de ne pas être seule pour la pratiquer . Pour cela j'ai fait part de la possibilité aux collègues infirmiers mais également kinésithérapeute , psychologue de se former

Je pense que pour exister et s'amplifier l'hypnose médicale doit s'exercer par le plus grand nombre et ainsi éviter l'écueil de revenir à des habitudes qui nous figent . Je suis consciente pour rester en mouvement , d'entretenir cette pratique par les différentes formations proposées , et d' en faire pour moi un art de vivre.

7. BIBLIOGRAPHIE

BIOY, A., CELESTIN-LHOPITEAU, I.,Hypnothérapie et hypnose médicale, Dunod, Paris, 2014, p 84 -89 ;96-109; 156-158; 162-165;170-172;179-182

CELESTIN-LHOPITEAU, I., Thérapies à médiation corporelle et douleur , Institut UPSA de la douleur , édition 2013,p. 123-139

GOUCHET A. Enseignement module 1 janvier 2014 DU Hypnose médicale et Clinique 2013-2014 ,Définition de l'hypnose , Hypnose et communication , Suggestions et métaphores.

CELESTIN-LHOPITEAU, I.,Enseignement module 2 février 2014 DU Hypnose médicale et Clinique 2013-2014 , Douleur et hypnoalgésie , Schéma du processus hypnotique , Indications et techniques hypnotiques .

BIOY, A.Enseignement module avril 2014 DU Hypnose médicale et Clinique 2013-2014 , Hypnoalgésie (hypnose lors des soins – douleur et anxiété .