

*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>*

**Apport de l'hypnose pour une  
meilleure tolérance des séances de  
lipaphérèses itératives, à vie, dans les  
suites d'un infarctus du myocarde à  
l'âge de 30 ans**

---

Diplôme universitaire d'hypnose médicale et  
clinique

22 Octobre 2015

Anne-Hélène Reboux

Sous la Direction du Docteur Frédérique Mohy

# Table des matières

## **I. INTRODUCTION**

## **II. CADRE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE**

A. <u>LA DOULEUR</u> .....	p 7
1. Définition de la douleur .....	p 7
2. Douleur : perception unique, réseaux multiples .....	p 9
3. La réponse cérébrale à la douleur des autres .....	p 12
B. <u>L'HYPNOSE</u> .....	p 14
1. Qu'est-ce que l'hypnose .....	p 14
2. L'apport des neurosciences .....	p 15
3. comment se passe une séance d'hypnose.....	p 16

## **III. METHODE DE LA RECHERCHE**

1. Contexte .....	p 17
2. L'arrivée de ma pratique de l'hypnose .....	p 20
3. Progression de ma pratique de l'hypnose .....	p 22
4. Progression de mes connaissances de l'hypnose et séances de lipaphérèse ...	p 23

## **IV. DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE**

1. Autour du cas clinique .....	p 25
2. Au-delà du cas clinique .....	p 32

## **V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES**

BIBLIOGRAPHIE

RESUME

MOTS CLEFS

## INTRODUCTION

Je suis néphrologue, responsable d'un service de néphrologie et transplantation rénale. La néphrologie est une spécialité en partie très technique, et la plupart des patients souffrent de maladies chroniques, avec un suivi à long terme et des complications qui peuvent entraîner un risque vital. La dimension relationnelle y est donc très présente.

A plusieurs reprises, quand j'ai parlé autour de moi, de mon désir d'apprendre l'hypnose, des personnes -amis, famille, collègues- m'ont demandé « pour quoi faire ? », « A quoi cela va te servir dans ta pratique professionnelle ? » ... « Ah bon, tes patients souffrent ? Tu n'es pourtant pas psychiatre ? Tu n'es pas anesthésiste ? Alors, à quoi bon ? »

Comme si, ma spécialité n'était pas concernée par la douleur et la souffrance des patients.

J'aurais préféré qu'on me demande « Qu'est-ce qui t'a conduit à t'inscrire à ce DU d'hypnose ? »

C'est venu petit à petit. Je n'en ai pas toujours eu envie. C'est un long processus de maturation. Il m'a fallu d'abord me dégager de mes premières conceptions de la médecine scientifique classique, découvrir que l'on peut soigner autrement que ce que j'ai appris dans les 3 structures universitaires dans lesquelles je suis passée. On m'a appris la base, nécessaire pour poser des diagnostics et proposer des traitements. Mais pour que ces traitements soient efficaces, il faut que les patients les acceptent... J'ai constaté que c'est souvent difficile. J'étais à la recherche d'un moyen pour que les patients acceptent les solutions que je leur proposais. Mieux les soigner. Objectif ambitieux ! J'ai dû prendre le temps de m'affirmer, me détacher de la pratique de mes maîtres à penser, construire ma propre conception de la pratique de la médecine.

Confrontée à nos limites thérapeutiques, notamment dans la prise en charge de la douleur, j'ai voulu avoir d'autres outils pour mieux soigner. Je suis déjà consciente et convaincue que le rapport soignant/soigné est primordial dans la prise en charge thérapeutique, que la maladie sera mieux contrôlée, progressera donc moins vite, que le patient sera plus compliant s'il croit en ce que nous lui apportons, s'il a confiance en nous, en la médecine. Que notre attitude, à nous, les soignants, est importante,

qu'être à l'écoute des représentations du patient, de sa singularité, est la condition de soins de qualité.

Plusieurs choses donc.

Des discussions avec des amis anesthésistes. Une simple curiosité.

Un lien étroit avec notre médecin de la douleur à laquelle nous faisons régulièrement appel pour nos patients. Des discussions avec elle, sa propre pratique de l'hypnose.

Une amie médecin dans le même hôpital que moi, qui a fait une formation d'hypnose, et qui m'a dit « c'est génial ! »

Des patients, des situations cliniques, une réflexion sur le ressenti de la maladie, les hospitalisations à répétition, les gestes douloureux itératifs, les limites de ce qui est acceptable pour les patients. Des questions se sont posées à moi, surtout à mon arrivée à la Réunion : Comment faire comprendre au patient que je lui veux du bien, que je ne suis qu'un guide, que mes connaissances me permettent de lui venir en aide, que je peux le conseiller. Comment faire pour que certains patients ne se comportent pas comme des adolescents face à leurs parents ? Comment faire pour que les patients n'aient pas peur de venir consulter ? Comment faire pour qu'ils aient envie de venir nous voir ?

Mais l'élément le plus déterminant a été une situation clinique particulièrement douloureuse, face à laquelle je me suis sentie démunie : Un patient diabétique, ancien bon vivant, ancien administratif d'une clinique, transplanté rénal, transféré dans notre service après un long séjour en réanimation pour choc cardiogénique puis choc septique. Retour brutal en dialyse. Jusqu'à sa mort, il a voulu croire à une nouvelle transplantation, il n'a jamais accepté son état. J'ai connu ce patient au sortir de la réanimation. C'était en 2011. Il ne supportait plus rien, plus aucun geste, avait mal quand on piquait le voisin. Du fait de sa pathologie, il a été nécessaire de l'amputer d'abord de l'extrémité d'un pied, puis du pied entier, puis de l'autre pied, puis d'une jambe, puis de l'autre. A peine remis de toutes ses opérations, une fois les difficultés de cicatrisation, les surinfections, surmontées, alors qu'on envisageait la rééducation, il a fait un nouvel embol ischémique, d'un doigt de la main. Douleur à nouveau. Intense. Insomnante. Décès rapide.

Je me suis interrogée : Certains patients nous disent : « allez-y Docteur, j'ai tellement subi, je ne crains plus rien ! » et d'autres qui ne supportent plus la moindre piquête. Rares sont les malades souffrant d'une maladie rénale chronique qui nous disent qu'ils ne craignent plus rien.

Il me semble que la douleur ressentie est d'autant plus importante que la maladie est difficile à accepter. Mais qu'est-ce qu'accepter la maladie ? Faire le deuil de son état antérieur, de la « bonne santé » ? Dépasser le sentiment d'injustice, l'interrogation « Pourquoi moi ? » ? Accepter qu'il n'y aura pas de guérison possible, mais seulement des traitements contraignants qui permettent de rester en vie ? Vivre avec ? Comment mesure-t-on cette acceptation ? Recouvre-t-elle les mêmes choses pour le patient et le soignant ? Est-elle inversement proportionnelle à la souffrance que nous percevons chez certains patients ? La douleur est-elle d'autant plus intolérable qu'elle fait écho à cette souffrance plus vaste ? La maladie est-elle « acceptée » une fois pour toute ?

Alors, je me suis demandé si je ne trouverais pas un début de réponse dans l'hypnose. Soigner nos patients autrement. Mon utopie : que les patients aient envie de venir se faire soigner dans le service de néphrologie. Qu'ils n'aient plus peur de nous, de l'hôpital. Que l'hôpital ne soit plus un lieu de « violence » (terme utilisé récemment par un patient), que les patients ne se sentent plus agressés par nos soins.

Autre paradoxe : Nous, qui avons fait le choix d'être soignants, nous sommes souvent amenés à « faire du mal pour faire du bien » quand nous pratiquons des gestes douloureux ; pour de multiples raisons, nous ne mesurons pas toujours l'impact de ces gestes sur le vécu des patients. J'espère beaucoup de la communication hypnotique, j'espère qu'elle va se développer petit à petit au sein de notre hôpital.

Dans la littérature, nous trouvons essentiellement des témoignages de l'utilisation de l'hypnose dans les services d'hémodialyse. Mais qu'en est-il dans les services de médecine, notamment dans un service de néphrologie ? Dans quelles situations l'hypnose peut-elle devenir un outil pour améliorer le bien être des patients ?

En néphrologie les patients se sentent particulièrement agressés, souvent dès l'annonce du diagnostic ! Avoir une maladie néphrologique fait très peur, notamment à la Réunion, île où la prévalence du diabète et de ses complications, en particulier l'insuffisance rénale, sont fréquentes, où les familles sont grandes, où des parents ont

déjà été malades, sont morts, parfois au cours d'une séance de dialyse. Pour les patients, ce diagnostic veut dire que la vie change du jour au lendemain, qu'on « devient un malade pour la vie », qu'on a « une épée de Damoclès sur la tête ». Dans le meilleur des cas, seront préconisés des modifications de l'hygiène de vie, un traitement médicamenteux, et des consultations régulières, avec toujours le stress de voir la fonction rénale se dégrader. Dans le pire des cas, ce sera la dialyse, avec son cortège des pathologies associées, notamment cardio-vasculaires.

C'est pourquoi dans le parcours de ces malades, on peut identifier de nombreuses situations anxiogènes et/ou douloureuses :

- Ponctions veineuses, de plus en plus difficiles, au fur et à mesure que le capital veineux s'appauvrit, réfection des fistules au bloc opératoire, poses de cathéters, ponctions biopsies rénales.
- Gestes liés aux explorations ou traitements chirurgicaux motivés par les maladies ou complications associées (coronarographie, pontage coronarien, parathyroïdectomie, revascularisation d'un membre, etc...).
- Hospitalisations multiples, parfois très longues, parfois compliquées de séjours en réanimation.
- Annonce de la mise en dialyse
- Transplantation rénale (préparation, suites, complications mécaniques (lymphocèle, urinome, hématome compressif, etc), complications infectieuses, fonction rénale non optimale, échecs et retour en dialyse quand un greffon n'est plus fonctionnel...)

Comment aider les patients à gérer le stress de toutes ces situations ? Comment aider les patients à comprendre ce qui leur arrive, ce qu'ils peuvent faire pour vivre mieux avec leur maladie?

Parce qu'en néphrologie, nous avons l'habitude d'utiliser des machines, les dialyseurs, que les infirmières sont formées à ces techniques, la spécialité s'est ouverte à d'autres pratiques, notamment l'aphérèse, les échanges plasmatiques, pour des maladies en lien avec la néphrologie, mais nous pouvons aussi être amenés à réaliser de l'aphérèse pour traiter des maladies auto-immunes sans lien avec notre spécialité, puisque ces techniques permettent d'éliminer des anticorps, mais aussi

épurer le sang d'un excès de cholestérol dans certaines maladies génétiques.

Nous traitons actuellement dans notre service un patient de 30 ans, qui présente une hypercholestérolémie majeure, responsable de 3 infarctus du myocarde. Il bénéficie tous les 15 jours de séances de « lipaphérèse » pour éliminer l'excès de lipoprotéine A que son organisme fabrique. Il n'a pas de fistule artério-veineuse, et doit donc subir des ponctions veineuses à chaque séance, avec des cathéters d'un diamètre suffisamment gros pour permettre un débit adapté. Ces ponctions sont souvent répétées plusieurs fois au cours de la même séance, et sont douloureuses car l'application d'anesthésique local n'est pas toujours possible ni sur tous les sites. Il existe une importante anxiété anticipatoire des gestes, chez ce patient déjà anxieux du fait des conséquences de sa pathologie.

Je lui ai donc proposé des séances d'hypnose en espérant améliorer son confort, diminuer le stress lié à sa pathologie, diminuer l'appréhension de la séance, réduire la douleur des ponctions itératives de ses veines périphériques des 2 bras.

Au delà des bénéfices qu'il en retire pour lui-même, le vécu de l'équipe médicale et paramédicale est intéressant et c'est pourquoi j'ai choisi d'en faire le thème de mon mémoire.

## **I. CADRE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE**

### **A. LA DOULEUR**

#### **1. Définition de la douleur**

*“Malgré sa nature déplaisante, la douleur a sans nul doute joué un rôle crucial dans la survie de l'espèce humaine” (1)*

La douleur est «une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage » (*Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP)*). La douleur est *une expérience complexe, subjective, individuelle, associant des composantes sensorielle, affective, cognitive et comportementale.*

Il faut distinguer la douleur aiguë, symptôme d'une lésion, de la douleur chronique, qu'on peut considérer comme une maladie à part entière. On parle de douleur chronique après un délai d'évolution de 3 mois.

La **douleur aiguë** est liée à une atteinte tissulaire brutale (traumatisme, lésion inflammatoire, distension d'un viscère...). Elle est souvent associée à des manifestations neurovégétatives (tachycardie, sueurs, élévation de la pression artérielle) et à une anxiété. C'est un signal d'alarme dont la 'finalité' est d'informer l'organisme d'un danger pour son intégrité. Une fois son origine identifiée, sa prise en charge nécessite sa reconnaissance et un traitement essentiellement pharmacologique reposant sur les antalgiques avec un objectif curatif. (SFETD)

On distingue différents types de douleurs en fonction des mécanismes physiopathologiques en jeu :

- les douleurs par excès de nociception, mettant en jeu des phénomènes inflammatoires tissulaires.
- les douleurs neuropathiques associées à des lésions ou dysfonctionnements du système nerveux central et/ou périphérique
- les douleurs « psychogènes » lorsque des facteurs psychologiques semblent à l'origine des douleurs, ce qui suppose qu'aucune lésion susceptible de les expliquer n'ait été mise en évidence à l'examen clinique et par les explorations complémentaires
- les douleurs idiopathiques pour lesquelles aucun mécanisme n'est mis en évidence

Dans certaines situations, ces mécanismes peuvent être associés. Par exemple, la douleur du cancer peut être à la fois liée à l'inflammation et à l'envahissement péri-tumoral, mais aussi à la compression de structures nerveuses.

La douleur est subjective puisqu'elle peut être ressentie de façon extrêmement différente en fonction des individus mais aussi pour une même personne selon les circonstances.

De nombreuses structures cérébrales sont impliquées dans la perception de la douleur. L'expérience de la douleur active des régions cérébrales telles que le thalamus, le cortex somato-sensoriel primaire contralatéral (S1), le cortex somatosensoriel

secondaire(S2), le cortex insulaire, le cortex cingulaire antérieur (ACC) médial et postérieur, et certaines régions préfrontales. (1)

L'imagerie cérébrale a permis en particulier, de montrer que les centres cérébraux responsables de la perception de la douleur sont étroitement liés aux centres des émotions. Ce lien a également été mis en évidence par des études montrant qu'un individu dont l'attention est sollicitée ressentira moins la douleur qu'un individu focalisé sur l'événement douloureux. (INSERM)

## **2. Douleur : perception unique, réseaux multiples. (2)**

On parle de « matrice de la douleur » s'agissant du groupe de structures cérébrales qui s'activent simultanément suite à une stimulation douloureuse.

Dès 1968, Melzack et Casey ont suggéré que l'expérience douloureuse impliquait des dimensions sensorielles, affectives, cognitives, en interaction.

La plupart des zones activées ne sont pas spécifiques de la douleur : le cortex cingulaire antérieur (ACC), l'aire insulaire antérieure (AI), les aires pariétale postérieure (PFC) et préfrontale (PPC) montrent une activité accrue dans un large spectre d'expériences non douloureuses, plus particulièrement dans des contextes émotionnels ou cognitifs.

a) Les principales cibles corticales du système spino-thalamique sont l'Insula postérieure, l'opercule supra-sylvien médial et le cortex cingulaire moyen. Ces régions réceptrices sont la source des toutes premières réponses à la stimulation nociceptive enregistrées chez l'homme, et l'on parle de « matrice nociceptive ». En effet, l'insula postérieure et l'opercule médial sont les seules régions du cerveau humain dont la stimulation provoque une douleur aiguë, où les lésions focales impliquent des déficits sélectifs pour la douleur. Une activité épileptique dans l'insula postérieure est susceptible de provoquer des crises douloureuses, et peuvent être stoppées par thermocoagulation millimétrique du foyer insulaire postérieur.

Cependant, cette matrice douloureuse, nécessaire pour générer une expérience physiologique de la douleur, ne peut fournir les innombrables nuances qui caractérisent la douleur humaine et est incapable d'en garantir la conscience : En effet, l'activation de la matrice nociceptive perdure durant le sommeil, le coma ou

l'état végétatif.

Le passage d'une nociception corticale à une douleur consciente, avec de multiples modulations cognitivo-attentionnelles, nécessite le recrutement d'un deuxième groupe et réseaux corticaux.

b) De la nociception à la douleur : une matrice perceptive de deuxième ordre.

Les régions concernées comprennent : les insula, moyenne et antérieure, les aires cingulaires antérieures, pariétale postérieure et préfrontale, l'aire motrice supplémentaire (AMS), l'hippocampe, le cervelet et la région temporo-pariétale. Ces régions de deuxième ordre partagent plusieurs caractéristiques :

- aucune d'entre elle n'est une cible directe du système spinothalamique
- leur stimulation directe ne provoque pas de douleur
- leur destruction sélective n'induit pas d'analgésie
- elles sont également activées dans des circonstances qui n'impliquent pas de douleur
- enfin, leur contribution à la matrice douloureuse peut osciller entre un niveau quasi nul et un niveau maximum, en fonction du contexte où est appliquée la stimulation nociceptive.

La participation des régions de la matrice douloureuse varie énormément en fonction de facteurs contextuels, et leur activation peut se dissocier de l'intensité réelle du stimulus.

Certaines régions de la matrice de deuxième ordre sont activées dans des contextes autres que la douleur physique. Par exemple, l'ACC et l'AI font partie d'un « réseau de détection de saillance » s'activant en réponse à des stimuli comportementaux importants, qu'ils intègrent dans des prises de décisions perceptives. Ces deux régions sont activées conjointement, non seulement en réponse à une stimulation somatique, mais aussi lorsque les sujets sont confrontés à des situations déplaisantes/désagréables telles qu'observer des expressions de dégoût, ressentir de la culpabilité, subir une souffrance sociale et morale, ou bien observer ou imaginer d'autres personnes en train de souffrir. Ces régions peuvent également répondre à des stimuli plaisants, s'ils sont saillants.

Donc, cette matrice de deuxième ordre est nécessaire pour assurer la perception

consciente du stimulus douloureux.

*Remarque : Les suggestions hypnotiques d'hypo- ou d'hyperalgésie semblent influencer tant les matrices nociceptives que celles de deuxième ordre, ou bien les deux ensembles, en fonction des données fournies au sujet. Une dissociation entre une activité préservée dans l'insula postérieure et une réponse atténuée dans le cortex pariétal et temporal de deuxième ordre a également été décrite en situation d'hypnose. (2)*

*Une attention active à la stimulation nociceptive augmente l'activité au sein des régions recevant des afférences spino-thalamiques, telles que l'insula postérieure et le cortex cingulaire médian, tandis qu'un état de distraction tend à réprimer ces activités.*

c) De la perception immédiate aux mémoires douloureuses : les réseaux de troisième ordre.

*D'impressionnants changements de l'expérience douloureuse peuvent apparaître sans que ne se produise de changement majeur au sein des matrices décrites précédemment.*

Ainsi le renforcement de la douleur subjective durant l'observation de la douleur d'autrui se développe en l'absence de modification significative de l'activité du thalamus, de l'insula, de l'opercule ou de l'ACC, et se trouve en revanche corrélé à une activité dans les régions polymodales de haut niveau, comme les cortex cingulaire périgénual et préfrontal antérolatéral, au lieu des matrices nociceptive et de deuxième ordre.

De même les effets analgésiants dérivés d'un placebo, de l'autocontrôle exercé sur le stimulus, ou de fortes croyances religieuses, s'associent à des changements d'activité dans les cortex orbito-frontal, périgénual et préfrontal antérolatéral, plutôt que dans les matrices nociceptive et de second ordre.

Des activités préfrontales antérolatérales, orbito-frontales, périgénuales ont été aussi décrites lorsque le contexte est modifié pour transformer un même stimulus de hautement désagréable en modérément plaisant.

De nombreuses données soutiennent l'existence d'une hiérarchie au sein du cortex préfrontal (CPF) avec une progression postéro-antérieure du contrôle des perceptions et des actions, les régions ventromédiales et périgénales étant impliquées dans l'identification du sens émotionnel des stimulations, dans la production d'états affectifs, et dans la régulation des réponses émotionnelles. Le CPF ventromédial (orbitofrontal, périgénal) apparaît particulièrement impliqué dans le contrôle volontaire des émotions désagréables. Leur activité semble capable de fournir des modifications de la douleur subjective sans pour autant impliquer de processus sensoriels ou de perception de bas niveau.

*A la différence des modulations de la douleur liées à l'attention sélective, les manipulations émotionnelles ne paraissent pas transformer l'expérience douloureuse par augmentation du gain sensoriel mais en « réévaluant » plutôt les sensations douloureuses immédiates, dans le sens d'une réinterprétation de la stimulation. Ces processus requièrent des ressources de mémoire de travail, impliquant le cortex préfrontal médial, et semblent suivre dans le temps l'activation de la matrice douloureuse basique, puisque les modifications physiologiques associées n'ont lieu qu'après l'activation operculo-insulaire et cingulaire. L'activité au sein de ces réseaux de troisième ordre est donc susceptible de modifier les perceptions immédiates induites par la matrice nociceptive et la matrice de second ordre.*

Les régions impliquées dans la matrice de troisième ordre, matrice de « réévaluation », sont elles-mêmes étroitement connectées avec les régions sous-corticales essentielles au contrôle descendant de la douleur (notamment la substance grise périaqueducule). (2)

### **3. La réponse cérébrale à la douleur des autres (1)**

La douleur peut servir de signal social pour alerter autrui d'un danger ou encore pour solliciter son aide ou sa compassion (1) Reconnaître, comprendre la douleur de l'autre est essentiel pour une prise en charge optimale. D'où la nécessité d'évaluer la douleur dans ses différentes dimensions, sensorielle, affectivo-émotionnelle, cognitive et

comportementale. L'observation permet le décodage du message et précède toute forme de réponse envers l'autre, qu'elle soit de nature médicale ou sociale. (1)

*Des études en neuro-imagerie fonctionnelle ont démontré que l'expérience de la douleur chez soi, l'observation de la douleur chez autrui (décodage), et même la représentation mentale de la douleur sont associées à des patrons d'activités cérébrales similaires.*

L'observation et l'évaluation de la douleur reposent en partie sur le décodage d'indices visuels et auditifs tels que les expressions verbales, les vocalisations paralinguistiques, la posture, les réflexes de retrait et les expressions faciales de la personne observée. Du point de vue cérébral, des études ont confirmé que l'observation d'expressions faciales de douleur impliquait systématiquement des régions comme l'insula antérieure (aINS) et l'ACC (des régions limbiques et paralimbiques liées à l'expérience de la douleur chez soi), mais aussi des régions préfrontales liées aux cognitions sociales et émotionnelles, et des régions prémotrices et pariétales liées à la représentation de l'action (par exemple GFI et lobule pariétal inférieur (LPI) (1)

Une étude a montré que lorsque l'on observe des stimulations apparemment douloureuses, mais sur des mains que l'on sait sous analgésie, l'activation cérébrale est plus élevée au niveau de la jonction temporo-pariétale, liée à la distinction entre soi et autrui, du gyrus frontal supérieur et médian, ainsi que du cortex orbito-frontal médian, régions liées à la régulation émotionnelle (1).

*La réponse cérébrale à la douleur d'autrui est influencée par les capacités empathiques de l'observateur.* Des corrélations positives ont été observées entre le niveau d'empathie des participants et l'activation cérébrale associée à l'observation de douleur au niveau de l'aINS et du GFI. Plusieurs études ont montrés que la présence de traits psychopathiques est associée à une réponse cérébrale somato-sensorielle et affective plus faible. (1)

L'âge de l'observateur semble également moduler l'activité hémodynamique associée au décodage de la douleur d'autrui. Les changements hémodynamiques dans l'aINS et le cortex cingulaire moyen antérieur (aMCC) diminuent avec l'âge. Le lien affectif entre l'observateur et la personne exprimant de la peut moduler la réponse cérébrale de l'observateur dans les régions telles le cortex fronto-insulaire et l'ACC. (1)

*Enfin, une sous-estimation de la douleur a été démontrée suite à une exposition répétée à la douleur d'autrui sur l'évaluation de cette douleur, ce qui s'observe également chez les professionnels de la santé, ceux-ci étant exposés de façon répétée à la douleur des patients. La généralisation de cette « désensibilisation cérébrale » à d'autres formes de douleur reste à démontrer. (1)*

## **B. L'HYPNOSE**

### **1. Définition de l'hypnose**

Il s'agit d'un phénomène naturel dans lequel nous nous retrouvons environ toutes les 90 minutes. Une sorte d'isolation sensorielle, permettant la récupération, permettant à notre cerveau de se régénérer. Certains, comme Roustang parlent de « veille paradoxale » en comparaison au sommeil paradoxal. (3)

L'hypnose est une expérience très personnelle, et sera vécue par chacun de manière différente. L'hypnotiseur ne doit s'attendre à aucun résultat prévisible. Il se passe toujours quelque chose, mais pas toujours ce qui est attendu. Il n'y a aucun lien entre la profondeur de l'hypnose et les effets thérapeutiques. L'hypnose permet une dissociation, le sujet en hypnose se trouve « ici et ailleurs ». La dissociation étant le processus par lequel la personne se sépare de son environnement. Les sensations exogènes deviennent moins importantes, il y a une mise à distance de ce qui se passe autour, le patient recentrant son attention. Il n'est pas nécessaire de lâcher prise, l'hypnose peut aider au contraire à gagner du contrôle. Le temps qui passe ne compte plus, il y a une modification de la perception de l'espace temps.

L'hypnose permet au sujet d'avoir accès à des ressources inconscientes, lui permettant de prendre soin de lui-même (de se soigner en partie). Il a été montré que lorsque l'on utilisait le terme hypnose, l'efficacité de la séance était améliorée de 40% par rapport à une séance où l'on ne disait pas qu'il s'agissait d'hypnose : l'effet placebo existe bien ici encore, comme pour toute thérapeutique. L'hypnose a une connotation magique dans l'esprit de nombreux patients. Elle peut aider la personne à réaliser qu'elle est capable de choses qu'elle n'imaginait pas pouvoir faire.

L'hypnose thérapeutique permet d'accéder à cet état et d'appliquer une action sur une douleur, une anxiété, ou autre. Elle utilise la suggestibilité « faculté ou propension à transformer une idée en acte ». Elle nécessite une relation de confiance entre le soigné

et le soignant. On parle de « relation hypnotique ». Le soignant est un guide, il accompagne le patient qui reste actif. Le patient va alors pouvoir mobiliser ses ressources inconscientes et les utiliser à des fins positives et thérapeutiques.

L'hypnoticien doit choisir le bon positionnement en fonction du patient. Il doit également approcher l'état hypnotique, ou être en hypnose légère, pour mieux s'accorder avec le patient. Cet état permet au soignant d'accéder à son intuition, être dans l'intention de l'objectif à atteindre, de développer sa propre sensorialité.

## **2. L'apport des neurosciences.**

L'expérience individuelle de l'hypnose et de la douleur sont toutes les deux liées à des vécus très subjectifs. (4) On connaît donc le rôle de l'aire cingulaire antérieure dans la perception de la douleur. Dans un premier temps, l'équipe de E.Faymonville (5) a montré que l'hypnose agissait sur l'aire médiane du cortex cingulaire antérieur permettant une diminution de la part sensorielle et affective de la douleur. Par la suite, la même équipe a montré que l'hypnose diminuait de 50% la perception de la douleur par rapport à l'état de relaxation et de 43% par rapport à un état de mentalisation (les patients se concentraient alors sur des souvenirs agréables de leur bibliographie, sans entrer en hypnose). L'imagerie fonctionnelle a pu mettre en évidence que sous hypnose, les deux insula, le cortex cingulaire antérieur pré-génual, l'aire motrice supplémentaire, le cortex préfrontal droit, le striatum, le thalamus et le tronc cérébral sont stimulés via l'aire médiane du cortex cingulaire antérieur expliquant la diminution des parts sensorielle, affective, cognitive et comportementale de la douleur. (4)

Il a été démontré chez des patients ayant subi une lobotomie frontale ou une cingulotomie que la douleur était toujours ressentie, mais avec une composante affective atténuée. Partant de cette donnée, l'équipe de P. Rainville (6) a étudié ce qui se passait au niveau du cortex cingulaire antérieur (ACC), de l'insula, des aires somatiques primaires SI et SII sous hypnose. L'ACC était significativement plus activée lorsque l'on suggérait aux sujets en hypnose un inconfort plus marqué, ce qui n'était pas le cas lorsque l'on leur suggérait une diminution de cet inconfort. Ceci n'était pas retrouvé dans les autres aires, composantes sensorielles de la douleur.

Dans une autre étude (7), réalisée chez des patients souffrant de douleur temporo-mandibulaire chronique, il a été montré une diminution franche de l'activation de plusieurs aires corticales (l'aire S1 controlatérale, l'insula, l'aire prémotrice, l'aire motrice, le cortex pariétal) chez les patients chez qui l'on suggérait, sous hypnose, une analgésie, lors de stimulations nociceptives modérées (piqûres répétées). Dans cette condition, seule l'insula postérieure restait activée au cours de la stimulation nociceptive. Il est à souligner l'absence, dans cette étude, d'activation franche de l'ACC et du Thalamus, ce qui peut s'expliquer par la différence de réponse en hypnose lors d'une douleur chronique par rapport à une douleur aiguë. L'ACC et le Thalamus sont peut-être déjà activés en lien avec la douleur chronique et avant la stimulation nociceptive testée ici ?

### 3. comment se passe une séance d'hypnose ?

L'hypnose débute par une *induction*. Le patient quitte la veille ordinaire, état habituel dans lequel nous utilisons nos sens et notre raison pour rester en relation avec l'extérieur. L'induction entraîne une « restriction du champ perceptif ». Au cours des séances que j'ai faites, j'ai surtout utilisé le «**VAKOG**», ou plus souvent le VAK, proposant au patient de se focaliser dans un premier temps sur ce qu'il voyait, entendait, sentait sur le plan kinesthésique, laissant de côté l'odorat et le goût. J'ai aussi employé quelques *truismes* comme « votre respiration respire », « votre sang circule » etc...

Une fois le patient *dissocié*, « ici et ailleurs », il échappe à ses perceptions habituelles, ce qui lui permet d'entrer en relation avec son propre corps, d'être profondément attentif à ses sensations. Alors le travail peut se faire, grâce aux suggestions. La *suggestion* est un « acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée par lui » selon Bernheim.

J'ai souvent amené mon patient dans une « *safe place* », un lieu de sécurité, qui était pour lui un lieu en présence d'eau, et il préférait souvent être seul, d'autres fois avec sa famille. D'autres fois, je n'influçais pas cette « safe place » et lui proposais simplement de « choisir le lieu de son choix, un lieu pour lui, où il se sentait bien ». Je me suis beaucoup servi du *saupoudrage*, ajoutant à intervalles plus ou moins réguliers des adverbes apaisants, comme « calmement », « tranquillement », « confortablement », sereinement, etc.

J'ai veillé à laisser des *silences*, à placer mes paroles sur le temps expiratoire, à employer un vocabulaire positif. Je n'ai pas encore eu l'occasion de tester la négation dans une suggestion indirecte, par exemple « surtout ne vous détendez pas ». J'ai tâché de terminer chaque séance par une *suggestion post-hypnotique*. Par exemple : « et vous pourrez, à chaque fois que vous en sentirez le besoin, vous installer comme aujourd'hui, reproduire les mêmes gestes, pour retrouver un apaisement » ou « et vous pouvez réfléchir aux bonnes choses qui vont vous arriver ce week-end ».

## **II. METHODE DE LA RECHERCHE**

### **1. Contexte**

En avril 2014, un collègue de Toulouse (avec qui j'ai fait mon internat) m'appelle pour savoir si nous avons la possibilité de faire de la LIPAPHERESE à La Réunion. Et je réponds : « Mais tout a fait ! ». Nous avons la machine que nous utilisons régulièrement pour d'autres types d'aphérèses, mais nous n'avons pas d'expérience spécifique de la lipaphérèse, car nous n'avons eu jusqu'à maintenant, aucun patient susceptible d'y recourir.

Il souhaite nous adresser M. ... âgé de 30 ans, originaire de La Réunion, qui bénéficie actuellement de cette thérapeutique dans son service. M. ... a déjà fait 3 infarctus du myocarde en raison d'une fabrication excessive, pathologique, de LIPOPROTEINE A. Les traitements hypolipémiants habituels sont inefficaces.

M. ... a d'abord consulté à Paris, puis à Toulouse, auprès d'un Professeur spécialiste de cette pathologie rare, qui a posé l'indication de lipaphérèse que le patient a acceptée. Puis les séances ont été initiées dans le service de néphrologie de Toulouse, dans une unité spécialisée d'aphérèse, qui a une grande expérience de cette pratique, et donc, des ponctions de voies veineuses périphériques.

Le patient nécessite donc une séance de lipaphérèse tous les 15 jours, à vie, et c'est le seul traitement envisageable.

M. ... est assistant social en milieu hospitalier. Il est marié et père d'un petit garçon de 4 ans qui aurait la même anomalie que lui (le temps que j'écrive ce mémoire, une petite fille est née !). En arrêt de travail depuis le diagnostic de sa maladie, il désire rentrer à la Réunion afin de retrouver une vie familiale normale, et reprendre son activité professionnelle.

Sur le plan technique, habituellement, nos patients ont une fistule artério-veineuse (FAV) ou un cathéter double voie (Cathéter de Canaud jugulaire ou cathéter fémoral) ce qui permet des plasmaphérèses ou échanges plasmatiques rapides, avec de bons débits. C'est facile...

Mais chez ce patient, les ponctions se font au niveau des veines périphériques, sur un bras pour l'aspiration sanguine, sur l'autre bras pour le retour du sang épuré de lipoprotéine A. Le patient est allongé avec un cathéter de bon calibre dans chaque bras (qui doit rester tendu) pendant toute la durée de la séance d'aphérèse.

Les échanges plasmatiques que nous pratiquons habituellement durent environ 1h30-2h, la lipaphérèse dure entre 3h et 4h en raison du débit plus faible dans les veines périphériques par rapport aux voies d'abord que nous avons l'habitude d'utiliser en néphrologie.

D'autre part, nous proposons une activité « généraliste » de la néphrologie, nous pratiquons donc la plasmaphérèse depuis plusieurs années, mais actuellement nous utilisons une machine assez récente. La majorité des infirmières du service sont maintenant à l'aise avec cette technique. Elles ont également l'habitude de ponctionner des veines difficiles, fragiles, fines chez nos patients de néphrologie. Cependant, elles manifestent une certaine appréhension, n'ayant pas d'expérience de la lipaphérèse, qui est une nouvelle technique.

Première rencontre avec le patient :

M. ... est très anxieux, dans le contrôle...et moi aussi.

Nous sommes les seuls dans l'île, avec le service d'hématologie de notre hôpital, à savoir utiliser la technique d'aphérèse, mais sa pathologie est habituellement prise en charge par les services de néphrologie. En France, des centres d'aphérèses, tenus par des néphrologues de formation, se sont constitués et ils ne font que ça.

Je veux que cela marche. D'abord pour le patient, pour lui éviter de devoir s'installer à nouveau à Toulouse. Par ailleurs, je veux montrer à nos collègues de Toulouse que notre service est à la hauteur, montrer au patient que nous avons les capacités de le prendre en charge aussi bien qu'en métropole. Montrer je suis capable...

Les premières séances : C'est l'horreur ! L'atmosphère est tendue. Le stress du patient qui sait que nous réalisons une séance de lipaphérèse pour la première fois, de l'équipe aussi, est palpable. Le visage fermé, je fais les cents pas pendant que les IDE se préparent à piquer et à brancher la machine. Faut que ça marche ! Les infirmières ponctionnent les veines, mais le débit est insuffisant... Nous utilisons plusieurs kits de lipaphérèse, sans succès. Les IDE doivent piquer le patient à plusieurs reprises. Son visage est douloureux, anxieux, il grimace.

La séance se déroule difficilement, entre l'alarme de la machine qui sonne dès que le débit chute, les IDE qui me disent qu'elles n'arrivent pas à piquer, et auxquelles je réponds : « Continue, tu dois y arriver ! » et qui s'acharnent à nouveau. Je suis agacée et frustrée. Si je pose des cathéters centraux facilement, les IDE sont plus compétentes que moi pour ponctionner en périphérique, je ne peux prendre la relève !

Nous appelons un infirmier du laboratoire qui nous a vendu la machine, en métropole, pour lui demander conseil (il a fallu attendre un peu à cause des 2h de décalage horaire, notre séance commençant à 7h30 du matin).

Il nous explique que le patient doit être détendu. Qu'il faut le laisser s'installer, qu'il faut prendre son temps. Que nous pouvons par diverses méthodes, réchauffer ses bras pour permettre à ses veines de se dilater. Que nous pouvons laisser le garrot du côté de l'aspiration pour améliorer le débit. Nous suivons ses conseils, mais c'est toujours difficile. Les premières séances se finissent tant bien que mal, et durent plus de quatre heures.

Lors de la séance suivante, les ponctions étant toujours difficiles, j'appelle une collègue anesthésiste, peut-être que si elle ponctionne elle-même le patient, nous aurons un meilleur débit ? Elle nous envoie une infirmière anesthésiste qui pratique l'hypnose. Génial ! Bon... le résultat n'est pas concluant... Quelque part, cela me rassure de voir que dans le service d'à côté, spécialisé dans la ponction veineuse, on n'est pas meilleur que dans notre service !

Alors que faire ? Le patient me propose d'appeler les infirmières de Toulouse, ce que je finis par faire. Elles m'expliquent qu'effectivement, ce n'est pas évident avec ce patient, qu'il vaut mieux de toute façon faire l'aspiration sur le bras gauche, plutôt au pli du coude, car plus bas, les veines sont de trop petit calibre.

Même si les séances se passent de moins en moins mal, ce n'est pas encore cela, la machine n'arrête pas de sonner, les séances sont très longues, le patient est douloureux, a l'impression de sentir des « caillots » passer du côté de l'aspiration (probable effet de sa veine qui se collabe). Le patient est très éprouvé, il ne peut travailler ni la veille, ni le lendemain de la séance, temps nécessaire pour se remettre... les séances ont lieu le vendredi, toutes les 2 semaines. J'appréhende les séances, et j'imagine que les infirmières aussi !

J'appelle au secours ma collègue, médecin de la douleur. Je suis inscrite au DU d'hypnose mais ce dernier n'a pas commencé. Notre médecin de la douleur hypnotise le patient. N'étant pas disponible à chaque séance, elle nous propose une méthode de relaxation avec le système MUSIC CARE<sup>®</sup>. C'est mieux, mais le patient fait toujours la grimace pendant la séance. Des coussins ergonomiques ont été réalisés pour que ses bras soient mieux positionnés, plus droits. Nous nous sommes procuré des « chauffeuses » pour ses bras. Le patient essaie également de faire du vélo d'appartement dans le service d'à côté avant de débiter la séance, toujours dans l'espoir de mieux dilater ses veines.

J'ai enfin réalisé que je transmettais mon stress aux infirmières, et je décide de m'éloigner lorsqu'elles ponctionnent le patient.

Certaines séances se passent mieux, et bien entendu, c'est en partie en rapport avec la dextérité de l'infirmière et sa capacité de maîtriser ses émotions. L'habitude aussi. Les infirmières connaissent mieux le patient, le patient nous connaît mieux.

## **2. L'arrivée de ma pratique de l'hypnose.**

Avant de débiter ce fameux DU d'hypnose, je disais « bon, je n'ai pas la prétention d'être capable d'hypnotiser les patients à la fin de mon DU, mais au moins, cela va me permettre de réfléchir à la prise en charge de la douleur ».

Et puis voilà que je découvre comme il est facile d'hypnotiser ou de se faire hypnotiser ! Et je suis immédiatement convaincue par la méthode ! Dès le vendredi soir de la première semaine du DU, je passe dans mon service et j'expérimente avec 2 patients. Une patiente que je vois en consultation, qui a un lupus et une fonction rénale qui se dégrade, et va sans doute bientôt devoir être dialysée. C'était seulement la seconde fois que je la voyais. Elle était suivie en partie à Paris, et ici, par un collègue récemment parti à la retraite. J'avais remarqué que cette patiente acceptait mal sa maladie ; je l'avais trouvée méfiante la première fois, elle avait cependant accepté que nous fassions une biopsie rénale, qui s'était bien passée (hélas, sans hypnose !). Je lui ai expliqué que je découvrais l'hypnose, et je lui ai proposé une séance, dans l'espoir d'un peu la réconcilier avec sa maladie. Elle a accepté facilement. Une simple induction par VAK, transport dans un lieu de sécurité, retour à l'état habituel de vigilance. Je ne savais pas faire autre chose, pas encore. J'ai été impressionnée par cette première séance car la patiente a montré beaucoup d'émotion. « Qu'est-ce que ce sera quand j'aurai plus de pratique ? » pensais-je.

Après la séance, elle a éprouvé le besoin de me dire que sa mère était morte deux ans auparavant, qu'elle n'avait pu assister l'année dernière à la cérémonie d'anniversaire de sa mort. Et que c'était justement la date d'anniversaire du décès de sa mère. Elle m'a dit avoir profité de cette séance d'hypnose pour la retrouver.

Je suis effrayée intérieurement : Que vais-je faire de toute cette intimité ? Même si j'ai l'habitude que les patients se confient, je ne m'attendais pas à ça. Alors que je débute, je m'inquiète de déclencher des émotions que je ne saurai peut-être pas maîtriser. Comme je l'ai appris, je me contente d'écouter avec bienveillance, je reste en position basse, je m'accroche à ces mots.

Mon deuxième patient, ce vendredi là a été M. ... en cours de séance de lipaphérèse ! Je lui avais dit que je débutais ma formation d'hypnose cette semaine. Il connaissait déjà l'hypnose, étant suivi par une psychologue la pratiquant. Alors que la séance est déjà bien avancée, je fais mon induction (VAK), projection dans un lieu de sécurité, retour. Je lui demande ses impressions : cela s'est bien passé, mais il aurait aimé que cela dure plus longtemps...

### **3. Progression de ma pratique de l'hypnose.**

Je suis donc convaincue immédiatement de l'intérêt de pratiquer l'hypnose, et je m'entraîne régulièrement. Je propose même une séance à ma coiffeuse qui me propose ensuite de venir tous les samedis !

Je fais bien la différence entre la pratique de l'hypnose avec mes amis, ma famille qui vont « bien », et les patients. Je vois bien le lien extraordinaire entre le soigné et le soignant. Le lien de confiance. Je pense aussi que si l'hypnose fonctionne aussi bien avec les patients, c'est que la maladie, et le milieu hospitalier, les mettent dans une situation de vulnérabilité et de vigilance qui les rend plus accessibles à cette pratique.

J'utilise l'hypnose dans différentes situations : gestes, comme la pose de cathéters fémoraux, ou lors des biopsies rénales, mais aussi pour diminuer l'anxiété, la « fatigue » créole, qui veut en fait dire que le patient est déprimé, a des soucis familiaux ou qu'il est las de sa maladie, en consultation ou en hospitalisation. Je l'ai aussi testée à deux reprises lors d'une attaque de panique, réactionnelle à la prolongation d'une hospitalisation. Même avec ce que j'ai déjà appris pendant la première session d'enseignement (simples notions d'induction/lieu de sécurité/retour, (même si je ne sais pas encore qu'il faut partir de l'état dans lequel le patient se trouve), les résultats obtenus sont assez étonnants, les patients en tirent un bénéfice, et mon équipe, médicale et paramédicale, adhère immédiatement. Je propose aussi, si l'occasion se présente, aux aides soignantes qui ont la pratique du massage thérapeutique, de passer derrière moi, pour rendre le patient encore plus confortable. Cela permet en plus d'associer cette soignante à la prise en charge globale du bien-être du patient. Le service me suit unanimement dans ma démarche. C'est prometteur. Je ne considère pas cependant l'hypnose comme quelque chose de « magique ». Je vois bien, par exemple, qu'un patient qui fait une crise de panique et qui est calmé par une séance d'hypnose, décompense à nouveau 48h plus tard... et que c'est finalement une permission de 48h qui sera le meilleur remède ! Cependant, le patient se souviendra qu'on a pris en compte son mal être, qu'on a pris en compte sa détresse, qu'on a pris le temps de l'écouter, et il sera reconnaissant, il sera marqué par l'attention qui lui a été portée, par cette séance d'hypnose suivie de ce massage !

Comme en cours de DU d'hypnose, je n'ai pas été convaincue par l'apprentissage de l'atténuation de la douleur (ma partenaire d'exercice à senti que je la pinçais...), je n'ose encore le tenter avec les patients.

#### **4. Progression de mes connaissances de l'hypnose et séances de lipaphérèse**

Petit à petit, les séances se passent mieux. Comme je l'ai dit précédemment, les infirmières connaissent mieux le patient, son réseau veineux, apprennent à laisser le patient s'installer, prennent possession de la méthode d'aphérèse sur veines périphériques. Le patient connaît mieux l'équipe, voit que chacune cherche à faire le mieux qu'elle peut pour réussir à le traiter le mieux possible, voit que chacune y met du sien, de la bonne volonté. Et puis il y a l'apport de l'hypnose. Je discute régulièrement avec le patient, lui demande comment il a ressenti les choses, comment cela s'est passé. Nous ajustons au fur et à mesure. Par exemple, il m'explique qu'il lui faut du temps pour se sentir ancré. Comme ma pratique n'est pas encore parfaite, comme je le vois encore faire la grimace, comme il me dit qu'il lui arrive de sortir d'hypnose, notamment quand la machine sonne, je lui demande s'il a l'impression que l'hypnose lui apporte quand même quelque chose ? (Est-ce que cela sert à quelque chose que je m'acharne à l'aider à entrer en hypnose tous les 15 jours ?). Sa réponse est définitivement « oui ». Au fur et à mesure, il entre en hypnose de plus en plus rapidement, en quelques secondes, et j'utilise désormais la méthode de l'objet que l'on fixe. Grâce aux semaines de cours, j'affine ma méthode. Il s'inquiète toujours d'entendre la machine sonner, signe que quelque chose ne va pas, que le débit n'est pas bon. J'ai appris à dire au patient en hypnose « et maintenant, vous allez attendre que la machine sonne, et quand elle le fera, vous pourrez passer à tout autre chose ». Cela fonctionne et par la suite, je n'aurai pas à le refaire. Je tente avec lui la méthode de l'ouverture et la fermeture des yeux pour approfondir l'hypnose. Certes, cela fonctionne, mais le patient craint de partir profondément, et revient rapidement des profondeurs... Ce n'est donc pas quelque chose qui lui convient.

Enfin, j'ose rajouter le « gant magique ». Alors qu'il est en hypnose, je lui propose de se concentrer sur sa main, puis son poignet, puis l'avant bras, puis le creux du coude, etc « maintenant, vous sentez un engourdissement agréable qui débute au bout des doigts, etc ». Et là, miracle : c'est ce qu'il manquait dans ma technique ! Désormais, plus de grimace lors des ponctions, son visage ne bouge plus ! Pendant qu'il est en

hypnose, je lui insuffle un plein d'énergie pour affronter les épreuves de la vie, je lui propose de regarder son avenir, comment il aimerait que cela soit, qu'il pense à ses projets, qu'il aura la force de faire ce qu'il a prévu de faire le week-end qui vient, etc. Nous sommes en mai, il ne voit quasiment plus sa psychologue, n'en ressent plus le besoin. Les premiers temps, il lui est arrivé de vouloir tout arrêter, abandonner, il avait des gros accès de désespoir, vivait très mal les séances d'aphérèse. Actuellement, Il appréhende bien moins ses séances, même s'il reste éprouvé à la fin et il récupère aussi plus vite.

Nous sommes en juin 2015. Je m'inquiète de trop « mater » ce patient, je le sens dépendant de ma présence pour débiter les séances. Je me souviens qu'il a dit il y a 2 mois, quand pour la première fois j'avais parlé d'auto-hypnose, il m'avait dit « j'ai besoin de votre présence, au moins pour l'induction ». Je suis restée sur cette phrase. Je ne sais comment m'y prendre, je ne vais pas pouvoir l'hypnotiser tous les 15 jours jusqu'à la fin de sa vie ? Il part si vite en hypnose maintenant qu'il doit être capable maintenant de le faire seul. C'est notre session de cours d'hypnose du mois de juin, j'en parle. Je sens bien qu'on se moque gentiment de moi, de cette dépendance créée entre ce patient et moi... Je me dis : « lors de la prochaine séance d'aphérèse, je discuterai avec ce patient d'auto-hypnose. Je l'hypnotiserai d'abord, et tandis que la séance se déroulera, je lui en parlerai... »

Je débute la séance, tout se passe bien, sauf qu'il y a plusieurs étudiants présents et que cela stresse notre infirmière qui se sent regardée... et rate une ponction, cela dure longtemps, et le patient finit par ouvrir les yeux. Je propose qu'on interrompe un instant. Que l'on reprenne plus tard. Que le patient et l'infirmière reprennent leurs esprits.

Je pars à mes occupations, je reviens sans doute une heure plus tard et je constate que la séance est en cours, que cela marche ! je m'en réjouis. L'infirmière m'informe qu'elle a trouvé une veine, qu'elle était plus détendue une fois tous les étudiants évaporés. Je m'adresse au patient qui m'apprend qu'il s'est mis en auto-hypnose !! Tout vient à point... Je lui explique que justement, je voulais lui en parler, y venir progressivement. Parallèlement, je me dis qu'il est tant que je filme une séance pour mon mémoire de DU d'hypnose ! Le patient est tout à fait partant.

C'est au début du mois d'août que le patient a fait son premier branchement totalement en auto-hypnose. Avant même que j'arrive. Et l'infirmière a réussi les 2 ponctions du premier coup !

### **III. DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE**

#### **1. Autour du cas clinique**

Quand j'ai débuté ce DU d'hypnose, je n'avais aucune idée de ce que cela m'apporterait. Je pensais simplement que cela m'ouvrirait l'esprit, que j'aborderais ma pratique de la médecine, et notamment la douleur, autrement.

Mais de quelle façon ? Je ne m'attendais à rien, je n'avais rien lu, j'étais tout à fait ignorante. Je ne pouvais qu'être surprise, agréablement surprise. Tel ne fut pas mon étonnement quand, dès le premier jour, je découvrais les effets de l'hypnose sur moi, et qu'avec un simple script je pouvais hypnotiser ma collègue !

En discutant avec une amie douloureuse chronique, je réalise que j'ai répondu à l'objectif principal : comprendre autrement la douleur, prendre en charge différemment la douleur, mieux faire le lien entre l'affectif et le sensoriel et ainsi mieux comprendre ce que ressent le patient. Je prends mieux conscience également de la nécessité d'une approche multidisciplinaire de la douleur. On a besoin des autres. A la fois quand on a mal, et quand on veut soigner. Mieux soigner.

De quelle manière ai-je pratiqué l'hypnose avec ce patient ? Mon premier essai avec lui s'est fait alors que je terminais ma première semaine de stage. Nous avons appris à induire l'hypnose de manière formelle, en utilisant le VAK : d'abord le patient observe tout ce qui se trouve autour de lui, puis je lui propose de fermer les yeux pour se concentrer sur les bruits de son environnement, d'abord lointains, puis plus proches, et enfin de se concentrer sur sa position dans l'espace, avant de venir progressivement à sa position sur le fauteuil ou sur le lit. Une façon de focaliser son attention sur un point précis. Ensuite, je proposais au patient de se transporter dans un lieu sûr, en ajoutant quelques saupoudrages, et enfin, je le faisais revenir, en partant à nouveau de sa position sur le lit vers sa position dans l'espace, puis

repandre conscience des bruits qui l'entourent, proches puis lointains, et enfin d'ouvrir les yeux à nouveau. Cela a fonctionné, et le patient a donc juste regretté que cela ne soit pas plus long... Par manque de confiance, car débutante, et parce que cela marchait, j'ai continué ainsi. Comme le patient m'a dit aimer l'eau et la solitude, la nature, j'inventais des histoires en montagne avec un cours d'eau, ou sur un bateau au milieu de l'océan. Je profitais de l'hypnose pour lui suggérer qu'il fasse le plein d'énergie, et comme suggestion post-hypnotique, je l'amenais à réfléchir à toutes les bonnes choses qui lui arriveraient pendant le week-end (la séance se passant le vendredi).

Mais je voyais qu'il grimaçait toujours, et je l'interprétais comme un inconfort persistant. Alors, comme je l'ai expliqué plus haut, au fil des semaines de formations, j'ai affiné ma pratique. Je souhaitais pouvoir aller plus vite, car les premières séances étaient très chronophages. Je craignais de me répéter, et que le patient se lasse d'une induction monotone, surtout en ce qui concerne l'environnement visuel : salle qu'il connaît bien, sans intérêt pour ne pas dire glauque... je lui ai donc proposé de fixer un stylo. Et effectivement, il entra en hypnose de plus en plus rapidement et je me suis souvenue alors d'une phrase d'un intervenant au DU « après quelques séances, il suffit au patient de voir l'hypnothérapeute pour se trouver déjà en hypnose ». Malgré tout, et parce que le patient me disait qu'il lui fallait du temps pour se sentir ancré, je poursuivais mon AK du VAK. Je pouvais, pour varier, lui proposer de se concentrer sur sa respiration en plaçant des truismes, du saupoudrage sur son expiration. J'ai appris à lui faire oublier les alarmes de la machine, sur lesquelles son attention était focalisée, très anxiogènes pour lui, car synonymes de problème, de risque de nouvelle ponction, d'une séance qui n'en finissait pas... puisque la machine se bloquait et qu'il fallait baisser à chaque fois le débit (donc allonger la durée), voire changer le kit d'aphérèse... Il sortait alors d'hypnose, mais il était capable de replonger en hypnose immédiatement. Ce fut un réel pas en avant. L'autre progrès significatif a eu lieu le jour où je proposais d'ajouter une sensation d'agréable engourdissement s'étendant progressivement du bout des doigts, à la face palmaire de la main, à la face dorsale de la main, etc... jusqu'au creux du coude, et pour parfaire la sensation d'analgésie d'évoquer l'effet d'une pommade anesthésiante... Pour m'assurer que l'anesthésie était efficace, nous avons mis en place un signaling avec un doigt de son choix.

Depuis ce jour, son visage reste impassible lors de la ponction. Auparavant j'évoquais la piqûre d'un insecte sur son bras, ou que pieds-nus, il marchait sur un coquillage, mais l'effet était moins étonnant, avec des mouvements possibles du visage ou du corps. Actuellement, c'est seulement quand les ponctions sont répétées, que le branchement est long qu'il peut sortir d'hypnose avant la fin du geste. C'est d'ailleurs un jour où l'infirmière avait particulièrement du mal à trouver une veine, que j'ai proposé de le laisser récupérer et de revenir plus tard. Et c'est dans cette situation que j'ai eu la surprise, à mon retour, de voir que la séance avait démarré, car le patient s'était mis en autohypnose, s'était approprié le signaling pour prévenir l'infirmière qu'elle pouvait commencer son geste. Il était donc prêt ! J'ai réalisé qu'il était peut-être capable de cela depuis longtemps... et que je ne m'en étais pas aperçue n'étant pas encore assez expérimentée.

J'ai aussi tenté une chose que je n'ai pas reproposé par la suite parce que cela ne lui convenait pas : ouvrir et fermer les yeux à plusieurs reprises pour entraîner une hypnose plus profonde. Le patient ressentait alors le besoin de « refaire surface », par peur de « partir trop loin ».

Je n'ai pas expérimenté d'autres façons de faire, à la fois parce que c'était très tôt le matin, que j'étais à peine réveillée, et que mon esprit encore embué choisissait la facilité, à la fois parce que cela fonctionnait bien de cette manière là, que je devais me « dépêcher » pour accomplir mon programme de la journée (c'est toujours plus simple de faire ce que l'on a l'habitude de faire) et enfin, parce que je ne suis pas encore à l'aise avec beaucoup de méthodes ! C'est pour cette raison que je vais continuer à me former pour acquérir d'autres outils, oser la nouveauté.

Regard et analyse critique de la séance présentée en vidéo :

J'ai eu la chance de pouvoir faire appel à une équipe professionnelle pour la réalisation de ce film. D'autre part, le patient, très investi dans sa prise en charge, adhéraît au projet, et exprimait volontiers son ressenti.

Dans la séance filmée l'atmosphère est calme et détendue. Il est vrai que le patient est dans le service un peu comme chez lui, puisqu'il vient maintenant 2 fois par mois depuis plus d'un an. Son comportement est agréable et apprécié par le personnel du service. Il est également « privilégié » puisqu'il est le seul patient à subir ce traitement, que l'infirmière ne s'occupe que de lui, Et il bénéficie même de la

présence du médecin, qui reste à ses côtés au début de la séance ! Il a d'ailleurs conscience que le personnel du service fait tout pour améliorer son confort. Vous avez sans doute remarqué au passage les coussins qu'il installe pour sa séance, coussins qui ne sont utilisés que pour lui et qui restent dans le service.

Nous avons développé le patient et moi une relation de proximité qui me semble juste : Ni trop proche, ni trop éloignée. Nous sommes distincts sans être distants. J'apprends toujours un peu la séance, non pas à cause de l'hypnose, méthode avec laquelle je me sens de plus en plus à l'aise, mais parce que je crains toujours l'échec des ponctions, le retour de la douleur, la détresse qu'elle pourrait engendrer

Certes, savoir que suis filmée me met mal à l'aise, mais je reste tout de même très concentrée, vigilante, à l'affût du moindre signe sur le visage du patient (même si l'angle de prise de vue, du fait des contraintes de la pièce, ne permet pas toujours de le mettre en évidence), et j'observe en même temps le déroulement de la ponction : Est-ce que notre infirmière va réussir du premier coup ? Et cela j'ai conscience que cela peut représenter une pression pour l'infirmière. Il serait bon que je sois un peu plus en retrait, ou assise (voire absente quand le patient se sentira capable de pratiquer à chaque fois l'auto-hypnose). Mais pour l'instant, et pendant le tournage du film la hauteur du lit gêne, la position de la machine, des fils, et je m'adapte à l'environnement !

Cette séance a été filmée alors que je pratique l'hypnose depuis 8 mois, avec ce patient. Cela explique qu'il entre en hypnose aussi rapidement ! La partie kinesthésique n'est pas filmée ici, mais je continue à la réaliser puisqu'il dit avoir besoin de temps pour se sentir ancré. Je ne fais pas preuve d'une grande imagination dans les mots ou les phrases que je choisis, mais, ma foi, cela marche, et d'après ce que j'ai compris, c'est surtout le langage paraverbal qui compte pour lui : le son, l'intonation de ma voix. Il y a cependant du saupoudrage, sans doute peu de truismes. Il manque également la suggestion post-hypnotique que j'ai faite mais qui n'est pas filmée.

Pendant toute la séance, le patient est resté imperturbable lors des ponctions. On n'observe pas d'expression douloureuse sur son visage, penché sur le côté comme s'il dormait. On le voit d'ailleurs immédiatement se crispier lorsqu'il est à nouveau dans un état de conscience ordinaire ! A noter également, au début du film, juste après la fermeture de ses yeux, sa main droite qui se relâche. En revanche, en fin de séance

avant d'ouvrir les yeux, il ressent une douleur (sa veine se collabait), responsable d'un mouvement d'une partie de son corps.

Quels sont les apports de l'hypnose dans le cas du patient présenté dans ce mémoire ? Il me semble que nous n'aurions pu poursuivre les séances de lipaphérèse dans les conditions de « l'avant-hypnose ». Les séances restent difficiles en lien avec un capital veineux de plus en plus fragile, et parce qu'il n'est pas encore prêt à accepter la création d'un abord vasculaire, c'est à dire une fistule artério-veineuse (FAV). Parce qu'il a été choqué par l'aspect de certaines fistules très volumineuses chez des patients qu'il a croisés dans sa vie. Il ne veut pas de ces énormes « boulevards » sur son bras ! Même si je lui ai expliqué que nous créerions une fistule bien plus fine (nous n'avons pas besoin pour lui d'un débit aussi important que pour une séance d'hémodialyse), il reste réticent. Néanmoins, cela rendrait les séances beaucoup plus confortables. La création d'une FAV lui apporterait certainement un mieux être, et c'est une difficulté que nous allons continuer à aborder, avec l'aide d'une psychologue, et pourquoi pas en hypnose ? Travailler sur ses représentations, sur l'acceptation.

Donc, jusqu'à présent, les séances de lipaphérèse sont pratiquées sur des veines périphériques fragiles avec des aiguilles de gros calibre (16 ou 18 G). Et pour l'instant, l'hypnose lui permet de mieux accepter, mieux tolérer la séance. Il appréhende moins la répétition des soins. Comme il le dit, il sent quand on le pique, il sent une certaine douleur, mais elle ne le dérange plus, cette douleur devient supportable quand elle ne l'était pas auparavant.

Il lui est arrivé d'avoir envie de tout abandonner. De ne plus venir.

Il nous est arrivé, après une séance particulièrement difficile, de devoir espacer les séances de 3 ou 4 semaines, au lieu des 2 habituelles. Pour lui laisser un temps de répit, et pour permettre à son réseau veineux de récupérer. Depuis que nous avons débuté l'hypnose, et qu'elle se montre efficace, cette situation ne s'est reproduite qu'une fois, lorsqu'une infirmière a eu beaucoup de difficultés à trouver une veine avec un débit satisfaisant.

L'hypnose permet au médecin, qui la pratique, de tisser une relation différente avec le patient, d'être plus attentif à ses attentes. Dans le cas présent, l'hypnose permet de

diminuer le vécu « douloureux » physiquement et psychologiquement des séances de lipaphérèse.

Cela alimente ce questionnement permanent, cette recherche d'un mieux faire, mieux soulager, rendre plus tolérable, plus acceptable des séances qui dureront toute la vie du patient, même si actuellement, nous ne voyons plus d'expression douloureuse sur son visage, généralement impassible, lors des ponctions veineuses, même si nous n'observons plus de mouvements de retrait à la piqûre.

En retour, ce changement est bénéfique aussi pour les infirmières qui sont moins anxieuses, et que la crainte de provoquer la douleur ne parasite plus, leur permettant de réaliser leur geste plus sereinement, donc d'être plus efficaces techniquement, et plus satisfaites de leur travail.

Et le climat général est plus paisible. Tous ces mots que l'on prononce pendant la séance d'hypnose, ce saupoudrage, flottent dans l'atmosphère d'une salle « sous hypnose ».

Cependant, encore une fois, l'hypnose n'est pas non plus une méthode magique. Et, par exemple, je constate encore la crispation du visage du patient, légère sous hypnose à certains moments, surtout si les ponctions nécessitent plus de temps et se répètent, et ensuite, alors que la machine est lancée, que la séance est en cours, séance qui dure environ 4h, avec les bras qui doivent rester le plus immobile possible pendant toute la séance, avec parfois des veines qui se collabent et qui provoquent des douleurs éphémères, mais répétées pendant la séance d'aphérèse.

Et, malgré les suggestions d'énergie faites pendant la séance d'hypnose, il ressent encore une certaine fatigue le lendemain de la séance. Certes, il est moins éprouvé, mais il l'est encore.

Le patient lui-même continue à réfléchir aux manières d'améliorer son confort : une gouttière dans laquelle ses bras seraient installés, mais d'après notre kinésithérapeute, cette gouttière pourrait aussi avoir des inconvénients.

Nous envisageons aussi d'envoyer quelques infirmières en formation dans un centre spécialisé dans les échanges plasmatiques et aphérèses.

Quoi qu'il en soit, l'équipe a gagné en expérience, pour le bénéfice du patient.

Je me souviens avoir discuté avec les infirmières de Toulouse qui connaissent le patient : Elles m'avaient confirmé que les soins étaient difficiles chez lui, à la fois parce que son capital veineux était fragile, à la fois parce qu'il était très anxieux. Et avec le temps, son capital veineux risque d'être de plus en plus délicat à piquer. Mais avant de se résoudre à accepter la création d'une FAV, le patient veut tout essayer. Il a aussi demandé à rencontrer notre nouvelle psychologue. Il avait été suivi auparavant en dehors de l'hôpital, suivi espacé maintenant. Il pense qu'être suivi par la psychologue du service serait plus cohérent.

Cette aventure thérapeutique alimente chez moi une perpétuelle remise en question. Certainement nécessaire. Je ne suis qu'une apprentie hypnotiseuse, et il me semble que l'on reste apprenti de toute chose toute la vie !

Je réfléchis en particulier à l'amener à être encore plus autonome. Comment m'effacer peu à peu ? Mais finalement, l'auto-hypnose est arrivée naturellement quand il en a eu besoin : Un jour, alors que la séance d'aphérèse avait débuté, et qu'une aiguille était mal placée, alors que je m'étais éclipsée, l'infirmière a ponctionné avec une autre aiguille dans une autre veine tandis que le patient s'est mis en hypnose, et il a utilisé le « signaling » pour signifier à l'infirmière qu'il était prêt. Quand je suis arrivée, il était très souriant, on le sentait soulagé (et peut-être fier ?) d'être capable de se mettre en auto-hypnose. J'étais agréablement surprise ! J'en ai profité pour dire au patient qu'il pouvait désormais utiliser l'hypnose sans moi, que c'était le moment de faire le pas ! Mon seul souci : je ne l'avais pas encore filmé pour le mémoire de DU d'hypnose ! La fois suivante, le patient était déjà branché quand je suis arrivée dans la salle, et la séance s'est particulièrement bien passée. Ce jour là, je me suis dit qu'il était sans doute préférable pour le patient comme pour l'infirmière que je sois absente lors du branchement ! Le film a été fait lors de la séance suivante. Puis, comme je devais être absente lors de son prochain rendez-vous, j'ai demandé au patient s'il se sentait capable de se débrouiller tout seul. La séance a été maintenue, mais mal vécue : certes le branchement s'est bien passé, mais le patient a demandé à être débranché au bout de Deux heures (soit à la moitié de la séance), parce qu'il ressentait des douleurs insupportables. Et comme il hésitait à venir la fois suivante, après discussion, j'ai fait l'induction en hypnose. Je me suis dit qu'il était maintenant capable de s'autohypnotiser, mais que sans doute, il avait encore besoin de me savoir

dans les parages. Pour les séances suivantes, je vais le laisser se mettre en autohypnose, tout en étant dans l'enceinte de notre établissement.

Pour les patients que je suivrais par la suite, je pense mieux définir le cadre dès le départ, annoncer que l'objectif est d'acquérir la capacité d'utiliser l'auto-hypnose. Car j'ai réalisé à travers cette expérience que je ne pourrai être là tous les quinze jours toute sa vie, et que ce n'était pas une bonne chose pour lui non plus que je me rende indispensable ! Mais, quand j'ai débuté, je ne savais pas comment m'y prendre pour amener un patient à se mettre en auto-hypnose.

## **2. Au-delà du cas clinique**

L'hypnose est une découverte perpétuelle, parce que chaque personne a sa réponse propre. C'est un enrichissement permanent des relations humaines, du soin. Le patient qui le veut, se livre, se délivre après une séance d'hypnose. Et cela ne me fait plus peur. Maintenant, je l'accueille naturellement. Je me pose simplement, presque invisible. J'accueille la parole de l'autre. Je peux mieux comprendre les difficultés d'un patient qui se livre, et dans la mesure du possible l'aider à trouver des solutions. Et si un patient me dit « vous allez pouvoir ouvrir un cabinet d'hypnothérapeute ?! ». Je lui explique que ce n'est pas mon intention, que ma place est là, dans mon service, au service des patients de néphrologie. Que c'est un mieux, un soin supplémentaire pour les patients qui souffrent d'une pathologie rénale. Un plus pour la prise en charge des patients hospitalisés. J'espère pouvoir grâce à l'hypnose, amener les patients à mieux accepter d'être soignés, de venir plus facilement en hospitalisation ou en consultation.

L'hypnose est un temps précieux que le médecin partage avec le patient. Un temps qui rapproche, qui renforce la confiance et l'alliance soignant-soigné, qui permet au soignant de mieux prendre en compte les difficultés du soigné à être soigné. Peut-être aussi qu'elle permet de renforcer l'effet placebo, et diminuer l'effet nocebo, des médicaments prescrits.

Au quotidien, nous constatons, que les avancées technologiques, les progrès de la recherche pharmacologique, ne sont pas toujours suffisants. Par ailleurs, ils ne sont pas dépourvus d'effets secondaires, parfois mortels. L'apport des sciences humaines, dont l'hypnose, est nécessaire face à au risque de déshumanisation des soins. Les

deux sont complémentaires. Il faut aussi nous souvenir que nous avons choisi ce métier pour soigner, soulager.

Ma pratique de l'hypnose a immédiatement été accueillie favorablement dans le service. Mes confrères et le personnel paramédical s'y sont intéressés. Même les sceptiques ont été conquis lorsqu'ils en ont vu les effets, après avoir discuté avec les patients. Certains, bien entendu, restent inquiets : S'agit-il d'une manipulation ? Je leur répond que « oui, mais un manipulateur n'a pas besoin d'hypnose pour manipuler. Toute relation interpersonnelle suppose une influence. »

Sur le plan éthique, c'est l'intention dans laquelle on pratique, une intention bienveillante, de soin, qui est thérapeutique.

Comme pour tout autre soin il s'agit de recueillir l'accord du patient.

Quelles sont les limites de l'hypnose ? Jusqu'où pouvons-nous emmener les patients ? Cette question est sous tendue par une représentation erronée, une mauvaise connaissance de l'hypnose médicale, assimilée à l'hypnose de spectacle, et des craintes quant à la perte de maîtrise du patient. J'accompagne le patient jusqu'où il veut aller. Je m'appuie sur le dernier rapport de l'INSERM du 8 septembre 2015, pour rassurer : « il n'y a aucun effet secondaire de l'hypnose ».

En ce qui me concerne, je pratique l'hypnose avec cet a priori positif. Même si j'observe dans certains cas, apparaître l'expression d'une détresse émotionnelle, un visage ou un corps qui se tord, des larmes parfois des sanglots, pendant la séance. J'accueille, je ratifie, j'accompagne, je n'interprète pas, je me contente d'être présente. J'ai remarqué que le patient, une fois sorti d'hypnose est comme soulagé d'un poids.

L'hypnose est faite de surprises. Il m'est arrivé une fois d'hypnotiser la voisine de la patiente à qui je faisais une séance. Une autre fois, c'est une technicienne d'imagerie qui m'a dit avoir bénéficié de la séance que je faisais à un patient pour une ponction biopsie rénale. J'ai du lui faire une courte séance pour qu'elle retrouve son état habituel avant de prendre le volant !

A la Réunion, terre de métissage, des croyances multiples se mêlent. Les sorts, les fantômes sont souvent évoqués par nos patients. Ils sont très curieux de l'apparence magique de l'hypnose, et il est important d'expliquer de quoi il s'agit, de bien définir le cadre de la pratique.

## **I. CONCLUSION ET PERSPECTIVES**

Il me semble avoir largement montré dans ce mémoire que l'hypnose avait toute sa place dans les soins apportés à ce jeune patient, comment elle a grandement contribué à les rendre supportables. J'ai évoqué aussi les nombreux bénéfices que peuvent en retirer les personnes malades confrontées à la maladie rénale, dans de multiples autres situations de soin.

Cette expérience m'a amenée, en échangeant avec notre médecin de la douleur, à proposer un projet de formation à la communication hypnotique, pour l'ensemble du service : Il s'agit de former le personnel volontaire, avec l'objectif d'améliorer la qualité des soins pour l'ensemble des patients, et d'améliorer les relations interpersonnelles entre les soignants. J'espère aussi renforcer la cohésion de l'équipe, améliorer les relations entre les services de néphrologie et d'hémodialyse, déjà étroitement liés, mais avec des problématiques différentes, source d'incompréhension mutuelle.

Je souhaite que ce projet contribue à ce que le personnel vienne travailler avec plus de plaisir dans notre service.

Si nous réussissons à démontrer l'intérêt de notre projet à la direction de notre hôpital, à travers des indicateurs qui pourraient être la satisfaction des patients, une meilleure prise en charge de la douleur, ainsi que la satisfaction des soignants se traduisant par une diminution de l'absentéisme, du turn-over du personnel paramédical, nous proposerons d'étendre cette expérience à d'autres services.

Tout ceci n'est qu'un début. Je ressens le besoin d'aller plus loin, d'approfondir ma pratique de l'hypnose. Enfin, je commence à m'approprier ce qu'Arnaud Gouchet appelle « la position basse ».

## BIBLIOGRAPHIE

- 1) J. Jauniaux, et al. (2014). La réponse cérébrale à la douleur des autres ; Douleur analg 27 : 13-18 ;
- 2) F. Roustang. (2013). Qu'est-ce que l'hypnose ; les éditions de minuit
- 3) L. Garcia-Larrea, et al. (2014). Imagerie cérébrale et douleur : perception unique, réseaux multiples Douleur analg 27 : 46-53.
- 4) M. E. Faymonville, et al. (2003). Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. Brain Res Cogn Brain Res **17**(2): 255-262.
- 5) M. E. Faymonville, et al. (2000). "Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis." Anesthesiology **92**(5): 1257-1267.
- 6) Rainville, P., et al. (1997). "Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex." Science **277**(5328): 968-971.
- 7) R. Abrahamsen, et al. (2010). "Effect of hypnotic pain modulation on brain activity in patients with temporomandibular disorder pain." Pain **151**(3): 825-833.

## **RESUME**

A travers le cas d'un jeune patient, souffrant d'une pathologie grave dont le seul traitement possible est la lipaphérèse, (une séance toutes les deux semaines, à vie), lui imposant des soins douloureux répétés, particulièrement anxiogènes, nous montrons quels sont les apports de l'hypnose, en particulier dans la prise en charge de la douleur, et comment le patient s'approprie la méthode, faisant l'apprentissage de l'auto-hypnose.

Plus largement, nous mettons en évidence, les bénéfices de l'hypnose dans d'autres situations de soins, au sein d'un service de néphrologie et d'hémodialyse, recevant des patients souffrant de pathologies chroniques.

Ce mémoire rapporte aussi l'expérience et les interrogations d'un médecin néphrologue en cours de formation à l'hypnose médicale et clinique. Enfin, il décrit l'impact de sa pratique au quotidien, sur le personnel médical et paramédical de son service, et comment les changements induits, aboutissent à un projet de service, de formation à la communication hypnotique et à l'hypno-analgésie en prévention de la douleur induite par les soins, pour tout le personnel volontaire.

## **MOTS CLEFS**

Soins anxiogènes, douleur, hypnose, autohypnose.