



UNIVERSITE DE LA REUNION

ANNEE 2017-2018

Mémoire du Diplôme Universitaire

D'hypnose médicale et clinique

Analgésie par technique hypnotique de réification
en supplément de l'anesthésie locale dans la suture
des plaies superficielles aux urgences.

Adrien Marteau

Médecin urgentiste

Directeur de mémoire :

Docteur Otman Kerkeni

REMERCIEMENTS

Merci à Arnaud Gouchet pour nous avoir enseigné les bases, le socle et les techniques de l'hypnose médicale. Son pragmatisme et son esprit scientifique ont été particulièrement appréciés.

Merci pour cette induction.

Merci à Isabelle Célestin-Lhopiteau pour nous avoir ouvert sur la sensorialité, le sensible et le corporel. Il faut en effet savoir dépasser l'intellectuel pur.

Merci pour cette dissociation.

Merci à Antoine Bioy pour le lâcher-prise, la confiance en soi, le franc-parler, l'assise scientifique.

La proxémie, l'ajustement avec les étudiants, notamment en dehors du cadre, sont de grandes qualités d'hypno-enseignant.

Merci pour cette transe hypnotique.

Merci à tous les intervenants du DU pour leur partage d'expériences pratiques et variées, de situations cliniques. Le CHOI est une belle suggestion post hypnotique.

Merci pour cette sortie de transe.

Merci à la Milton's Academy pour le partage, les témoignages, l'entraînement, les expériences sensorielles multiples, les fous rires, les soirées.

Merci à Lena, Nicole, David et Alice, mes collègues hypno-urgentistes pour leurs encouragements.

Merci à Claire pour son soutien, Marius pour son train, ses histoires sources d'inspiration, son hypnosabilité, Arsène pour ses sourires hypnotiques...

Merci à Kern pour sa correction expresse.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	4
1 Cadre des travaux et problématique	6
1.1 Histoire de l'hypnose médicale	6
1.2 Définitions de l'hypnose :	8
1.3 Hypnoalgésie	9
1.3.1 Douleur aiguë.....	9
1.3.2 Douleur induite par les soins médicaux.....	9
1.3.3 Douleur péri-opératoire.....	10
1.3.4 Douleur chronique	10
1.3.5 Action de l'hypnose sur la douleur	10
1.4 Technique de Réification.....	12
1.4.1 Définition.....	12
1.4.2 Domaines d'application	12
1.4.3 Déroulement d'une séance de réification.....	13
1.5 Hypnose aux Urgences	14
1.6 Fonctionnement d'un service d'urgence, prise en charge des plaies.....	16
1.7 Présentation de la problématique.....	18
2 Méthodologie.....	19
2.1 Description des patients.....	19
2.2 Présentation du cadre de réalisation de l'intervention.....	19
2.3 Présentation des aménagements de cadre induit par l'hypnose.....	21
3 Résultats et données cliniques	22
4 Discussion.....	26
4.1 Regard et analyse critique sur les séances présentées	26
4.1.1 Délais	26
4.1.2 Déroulement des séances	26
4.1.3 Les outils hypnotiques utilisés.....	27
4.1.4 Profondeur de l'hypnose et ressenti des patients	28
4.1.5 Une pratique perfectible.....	29
4.2 Discussion éthique.....	30
4.3 Apport de cette étude clinique	31
Conclusion.....	33
Bibliographie.....	34

INTRODUCTION

Les premières utilisations de l'hypnose en médecine d'urgence ont été publiées à une époque où ni les services d'urgence ni la spécialité médicale n'existaient (1). Cette dernière est née en France dans les années 60, a grandi, a traversé une adolescence tumultueuse, pour enfin atteindre l'âge adulte en 2017, avec la création du Diplôme d'Etude Spécialisée. Cette spécialité, avant tout pragmatique et technique, ne laisse que peu de place à la relation humaine. Dans un contexte de crise sanitaire nationale où la maltraitance des patients est un sujet d'actualité récurrent, les médecins urgentistes humanisent de plus en plus leur pratique et nombreux sont ceux qui s'intéressent à l'hypnose et l'utilisent. (2) (3)

Dès mon internat en Guyane, j'ai vu utiliser l'hypnoalgésie aux urgences par un jeune infirmier enthousiaste. Depuis, ayant exercé en métropole, dans les départements d'outre-mer et dans de nombreux pays avec Médecins Sans Frontière, j'ai toujours essayé de gérer la souffrance des patients avec toute la bienveillance possible. Actuellement urgentiste à la Réunion, dans le plus gros service d'urgence de l'île, à Saint-Pierre, dans des conditions parfois difficiles, et suivant l'exemple de certains de mes collègues, j'ai décidé de me former à l'hypnose médicale.

Je souhaitais avant tout acquérir un outil supplémentaire pour certaines situations frustrantes, où les techniques classiques d'analgésie-sédation atteignent leurs limites. En préhospitalier comme dans le service, la douleur et l'angoisse sont souvent une composante majeure de la prise en charge. L'hypnose, en plus du traitement médicamenteux, permet d'optimiser celle-ci pour les adultes comme pour les enfants.

La communication est au cœur du métier d'urgentiste. Avec les patients avant tout, il faut créer une relation thérapeutique de confiance pour une optimisation des soins. Mais aussi avec les collègues et confrères, exerçant une spécialité transversale, nous sollicitons sans cesse les équipes des autres disciplines. A travers cette formation, je recherchais également un moyen d'améliorer cette communication afin de la rendre plus efficace et moins conflictuelle.

Ainsi au fil de l'année du Diplôme Universitaire (DU), j'ai pu mettre en pratique l'enseignement dans diverses situations propres à la médecine d'urgence. La prise en charge des plaies est un motif de consultation assez fréquent mais souvent considéré comme bénin par les praticiens. Les patients, eux, vivent la consultation comme une chirurgie non programmée, avec toute l'angoisse que cela engendre. De plus, leur douleur, conséquence de la plaie elle-même, est majorée par l'anesthésie locale et parfois, malgré tout, par la suture de la plaie. Il m'a ainsi semblé intéressant d'étudier l'hypnose dans cette situation courante.

Lors de son enseignement, la technique de réification m'a tout de suite séduit par sa rapidité et sa simplicité de mise en place. Elle a également l'avantage de s'intégrer parfaitement à la consultation aux urgences ; il est naturel pour le patient et le médecin de décrire une douleur, de l'imager.

Enfin, alors que beaucoup de mémoires présentés par mes confrères urgentistes portent sur la pratique de l'hypnose en général dans les diverses situations rencontrées aux urgences, il m'a semblé intéressant d'étudier une technique spécifique dans une situation donnée, afin de déterminer son efficacité, sa rapidité sa facilité et sa possible reproductibilité.

Ainsi ce mémoire, après avoir défini le cadre des travaux et la problématique, présente trois cas cliniques de sutures de plaies sous anesthésie locale associée à la réification, sous forme de vidéo. Puis nous analyserons et discuterons ces situations afin de déterminer leur apport dans notre pratique.

1 CADRE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE

1.1 HISTOIRE DE L'HYPNOSE MEDICALE

Les prémices de l'hypnose remontent à l'Égypte ancienne et à la Grèce antique dans les temples du sommeil. Le phénomène de transe est en fait universel et est partie intégrante de nombreuses cultures anciennes et/ou primitives.

C'est avec Franz Anton Mesmer (1734-1816) que commence l'histoire moderne de l'hypnose. Sa pratique du *magnétisme animal* se base sur l'existence d'un fluide invisible traversant les hommes, aux propriétés similaires à celles des aimants, et dont la mauvaise circulation engendrerait les maladies. Le magnétisme vise ainsi à canaliser ce fluide via des techniques d'imposition des mains, de regards, et atteindre un état de transe accompagné de théâtrales crises convulsives libératrices.

La théorie du *fluide magnétique* de Mesmer sera progressivement reprise, et modifiée. Dans un premier temps, son élève Chastenet de Puységur (1751- 1825), identifia le phénomène de « transe » lors du somnambulisme. Contrairement à son maître, pour lui le magnétiseur réveille le « médecin intérieur » du patient, mettant ainsi en lumière le rôle actif du patient.

En l'abbé Faria (1756-1819), moine portugais vivant à Paris, attribue également les bénéfices du *sommeil lucide* au cerveau du patient lui-même et aux bienfaits de la relation médecin-patient avec le pouvoir de la suggestion.(4)

Le chirurgien écossais James Braid (1795-1860) poursuivra cette idée en ajoutant que le patient peut s'hypnotiser seul. Le pouvoir est passé du magnétiseur au magnétisé. Le terme *hypnose* (du grec *hypnos*, le sommeil) est souvent attribué à James Braid, bien qu'il apparaisse pour la première fois en 1819 dans les écrits du magnétiseur français Etienne Felix d'Henin de Cuvillers.(5)

Au XIXe siècle apparaissent les premières utilisations de l'hypnose en anesthésie. Le chirurgien français Jules Cloquet pratique en 1829 une mastectomie sur une patiente que le Dr Chapelain maintient dans un état de « sommeil magnétique ». De nombreuses autres interventions seront ensuite pratiquées sous hypnose seule, notamment par les chirurgiens anglais John Elliotson et James Esdaile, avec comme effet une réduction de la mortalité per opératoire pour l'époque.(6)

Mais en 1847, la découverte de l'utilisation de l'éther et du chloroforme entraîne la disparition de ces techniques en anesthésie.

Dans le domaine médical, deux écoles s'opposent pendant la seconde moitié du XIXe siècle. D'un côté, l'école de Nancy, développée par Ambroise Auguste Liebeault puis Hippolyte Bernheim, considère l'hypnose comme un état physiologique normal, et l'utilise pour soulager douleurs rhumatismales, sciatiques et maladies de peau. De l'autre, l'école de Jean-Martin Charcot à la Salpêtrière, décrit l'hypnose comme un état pathologique, une névrose n'existant que chez les sujets hystériques. C'est à cette époque que Sigmund Freud s'intéresse à l'hypnose sous l'influence de Charcot mais s'en éloigne pour s'investir dans la psychanalyse.(4)

Au XXe siècle, l'évolution de l'hypnose marque un tournant sous l'impulsion du psychiatre américain Milton Erickson (1901-1980), considéré comme le père de la communication moderne et de la thérapie brève. L'hypnose Ericksonienne prône le respect de l'individualité de chaque patient, l'hypnothérapeute ayant un simple rôle d'accompagnement pour faire émerger les ressources internes à chacun. Ses techniques d'induction, d'utilisation des suggestions indirectes et des métaphores, constituent les bases de l'hypnose actuelle.

En France c'est François Roustang, philosophe et hypnothérapeute, qui apporte une réflexion originale sur l'hypnose qui permet d'assouplir ou d'élargir l'étroitesse ou la raideur dans lequel les symptômes bloquent le patient.(4)

1.2 DEFINITIONS DE L'HYPNOSE :

Il existe autant de définitions que de pratiques de l'hypnose.

Milton Erickson la définissait comme « *un état de conscience – non d'inconscience, ni de sommeil – un état de conscience ou d'éveil au cours duquel il existe une réceptivité accrue aux idées et concepts, et une forte propension à répondre de façon positive ou négative à ces idées* ». (7)

Antoine Bioy propose une définition adaptée de celle de Jean Godin insistant sur le relationnel : « *Mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet en relation avec un praticien fait l'expérience d'un champ de conscience élargi* » (8)

Isabelle Célestin-Lhopiteau propose de définir l'hypnose par ces différentes facettes :

« *Un éveil de l'attention*

Une communication et relation particulière entre le patient et l'hypnoterapeute

Un processus thérapeutique

Un nouvel apprentissage

Un art de vivre avec l'autohypnose. »(4)

L'hypnose a différents champs d'application :

« *L'hypnoalgésie est la pratique de l'hypnose qui a pour but de modifier et soulager une douleur.*

L'hypnosédation désigne l'usage de l'hypnose en anesthésie, soit en remplacement total des produits couramment utilisés, soit en complément des produits anesthésiants qui sont employés à dose minimale.

L'hypnothérapie est la pratique de l'hypnose dans un but et un cadre psychothérapeutique.

L'autohypnose, est l'apprentissage de l'hypnose dans un premier temps avec un hypnoterapeute afin d'utiliser de façon autonome cette pratique. »(4)

La séance d'hypnose se compose en différentes étapes où l'attention et l'état de conscience varient comme schématisé dans la figure 1.

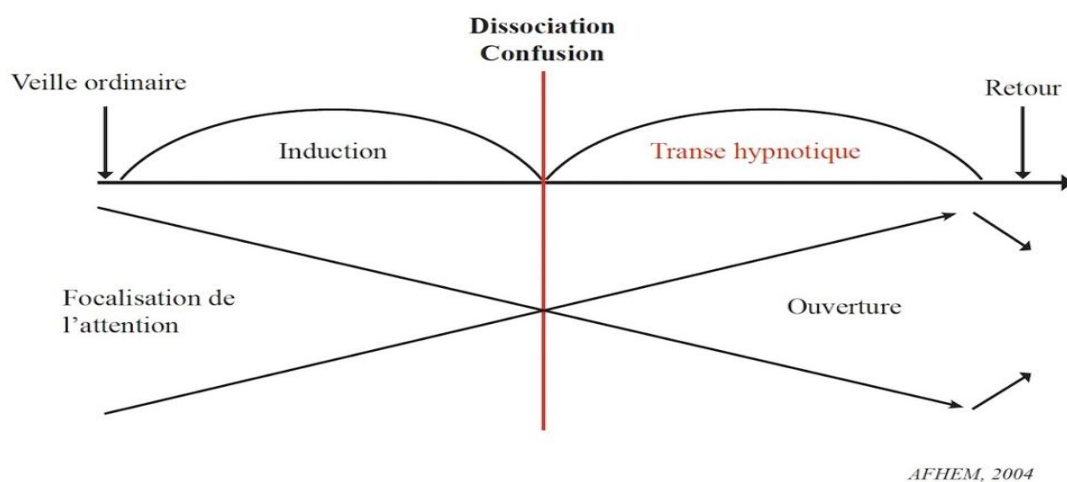


Figure 1 Schéma du processus hypnotique (AFHEM 2004)

1.3 HYPNOANALGESIE

Comme exposé précédemment, l'hypnose a historiquement démontré son efficacité dans la prise en charge de la douleur et particulièrement comme méthode anesthésique, c'est-à-dire dans la douleur induite en per-opératoire. Depuis l'hypnoanalgésie est utilisée dans différentes situations que nous évoquons dans ce chapitre.

1.3.1 DOULEUR AIGUE

Depuis la deuxième moitié du vingtième siècle, l'hypnose est utilisée dans diverses situations douloureuses aiguës dans les services d'urgence ou autres: crise de drépanocytose, infarctus du myocarde, dysménorrhée, travail pendant l'accouchement, hématome profond drainé, lésion ophtalmique, colique néphrétique, herpès buccal, luxation d'épaule, dermabrasions multiples, plaie, thrombophlébite, fracture, brûlure. (9) (10) (11) (12) (13) (14)

Ces situations sont très propices à l'utilisation de l'hypnose. La douleur n'est pas encore ancrée dans un processus psychique ancien. Le patient est par contre concentré sur sa sensation, focalisé sur son état, l'induction n'a pas besoin d'être longue. Le patient est déjà en état d'hypnose. « Il faut prendre le patient là où il est ». On capte son attention par la proxémie et on travaille sur des suggestions d'analgésie, en jouant sur la sensorialité associée à la douleur, ou en utilisant des métaphores. La technique de réification est particulièrement appropriée. Le soignant occupe alors une fonction de « bouée de sauvetage » là où le patient avait la tête sous l'eau de sa douleur.. (4) (15)

1.3.2 DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS MEDICAUX

« La douleur induite se dit d'une douleur de courte durée, causée par le médecin, une thérapeutique, un soin dans des circonstances de survenue prévisibles, et donc susceptible d'être prévenue par des mesures adaptées. »(16)

Sa fréquence aux urgences est très variable selon les études, de 5% à 60%. (16) Sa prévention et sa prise en charge ont énormément évoluées au cours des deux dernières décennies.

Diverses études ont montré l'efficacité de l'hypnose à réduire la douleur, lors de soins provoqués : lors des ponctions lombaires, lors des pansements de brûlés, lors de prélèvements veineux ou au cours de poses de voie veineuse périphérique, en radiologie interventionnelle, lors des poses de péridurales. (4) (17) (18) (19)

Et de fait en prévision d'un soin potentiellement douloureux, le soignant hypnothérapeute a un large éventail de techniques pour anticiper et améliorer les perceptions sensorielles : communication hypnotique, induction kinesthésique, diversion, confusion, saturation, suggestion.(4) (15) (20)

1.3.3 DOULEUR PERI-OPERATOIRE

Historiquement et toujours actuellement, c'est au bloc opératoire que l'hypnoanalgésie a une place de choix.

On y pratique l'hypnosédation : association d'hypnose formelle, à une sédation vigile par narcotiques à faibles doses (midazolam et/ou propofol) et une analgésie générale par morphiniques et locale par anesthésie locale ou locorégionale.(4)

Elle permet de réduire l'anxiété, la douleur et les besoins en sédatifs et analgésiques en peropératoire et postopératoire.(21) (22)

Communication hypnotique, hypnose conversationnelle, hypnose formelle sont utilisées à toute les phases opératoires. (22)

Les indications sont la chirurgie plastique (et des brûlés) maxillo-faciale, cervicale endocrinienne, ophtalmique, vasculaire et orthopédique périphérique, gynécologique cervico-utérine et abdominale pariétale. (4)

1.3.4 DOULEUR CHRONIQUE

Plus qu'un symptôme clinique, la douleur quand elle se chronicise peut être considérée comme une pathologie à part entière. Elle est le sujet d'une spécialité médicale en plein essor : l'algologie, qui bénéficie de son propre service aux seins des hôpitaux, les Centres Anti Douleur (CAD).

Sa physiopathologie étant multifactorielle, avec une composante psycho-sociale importante et des conséquences sociales, économiques, individuelles et collectives, sa prise en charge dans les CAD est donc multidisciplinaire. L'hypnose y trouve tout naturellement sa place pour une prise en charge qui se concentre sur le symptôme-maladie et ses conséquences sans se focaliser sur son étiologie somatique.(4)

1.3.5 ACTION DE L'HYPNOSE SUR LA DOULEUR

L'action de l'hypnose sur la douleur a été étudiée depuis les années soixante. Il a d'abord été démontré qu'il y avait un lien entre le degré d'hypnotisabilité et le niveau d'antalgie ; puis que l'hypnoanalgésie était indépendante du système opioïde endogène ; que l'hypnose avait un effet neurophysiologique spécifique en plus de l'effet placebo, que cet effet était indépendant de l'effet relaxant de l'hypnose. (23) (24)

C'est plus récemment avec le développement de la neuroimagerie qu'il a été mis en évidence l'action spécifique de l'hypnose sur les régions cérébrales impliquées dans la modulation de la perception de la douleur : le cortex cingulaire antérieur en premier lieu mais aussi les cortex préfrontal, insulaire et somatosensoriel.(4) (23) (25)

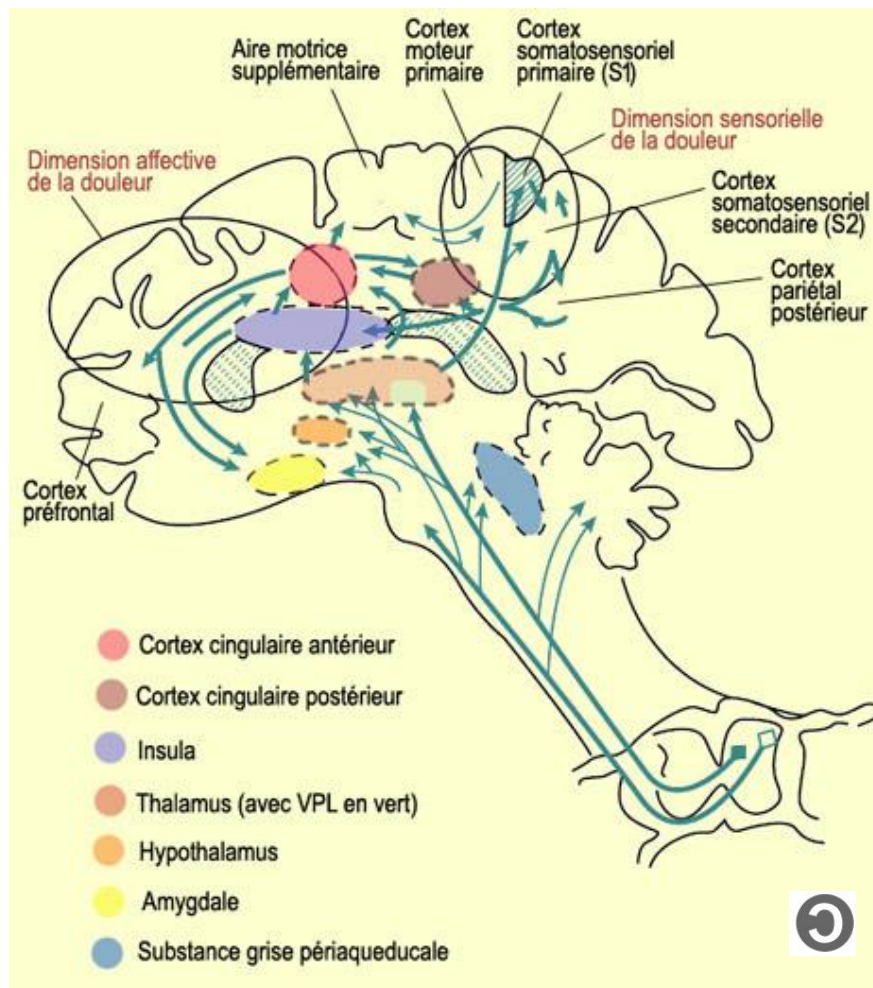


Figure 2 Neuromatrice de la douleur

(sur <http://lecerveau.mcgill.ca/> d'après Price D.D. Science (2000), vol 288, p1769-72)

Ainsi « l'hypnose permet de dissocier et de traiter distinctement par des suggestions différentes les deux composantes de la douleur : sensori-discriminative (l'intensité, la localisation et la dynamique spatiotemporelle de la douleur), et affective (les émotions associées à cette sensation). » (4)

1.4 TECHNIQUE DE RÉIFICATION

1.4.1 DÉFINITION

Réifier vient du latin « *res* », chose, et « *facere* », faire. La réification est la transformation en chose. En hypnose, réifier est transformer une sensation en une chose.(26)

Cette technique propose dans un premier temps d'imaginer la sensation douloureuse à la manière d'un portrait chinois : « Et si c'était : un objet, une couleur, une forme ? ».

Puis dans la continuité de la séance, de manipuler, de transformer cette chose afin d'atténuer la sensation désagréable.(4)

Cette technique n'est que l'amplification d'un phénomène universel. La description des différents types de douleur dans le langage commun fait souvent appel à l'imaginaire : « **Une boule dans le ventre, une barre dans le dos, ça serre comme dans un étau, un coup de tonnerre dans la tête** ».(26)

De même lors de l'apprentissage de la sémiologie médicale, étude des symptômes et des syndromes, l'étudiant en médecine s'appliquera à associer des douleurs imagées spécifiques à un syndrome ou une pathologie, comme signe pathognomonique. Ainsi il en est de l'infarctus du myocarde dont la douleur typique est décrite comme « **un étau qui serre** ».

Dans la continuité de cette méthode, l'hypnothérapeute peut glisser vers l'utilisation de l'image métaphorique. « *Suivant le même principe que la réification, il s'agit de proposer [...] une image, un événement dans l'histoire, dont les caractéristiques se superposent au percept douloureux ressenti dans le réel mais dont la nature et l'importance diffèrent ; la finalité dans l'histoire devenant plus attractive, plus importante que l'événement « perturbateur ».* »(4)

1.4.2 DOMAINES D'APPLICATION

Les domaines d'application de la réification sont vastes.

Dans la douleur chronique, il existe un phénomène de transe négative au long cours, comme si le sujet était partiellement dissocié, détaché d'une partie de son être sur laquelle il n'a plus de prise. Dissociation qui affecte le patient dans son ensemble et notamment sur ses capacités imaginatives. Il est alors possible d'envisager la réification comme technique de réassociation pour permettre au patient de créer de nouveaux liens avec cette partie de lui-même ; et ceci grâce à l'imaginaire, amplifiant ainsi un cercle vertueux. La douleur est alors utilisée « *comme un moteur de guérison* ». (26)

Pour la prise en charge des douleurs aiguës, il y a la nécessité d'immédiateté. Particulièrement dans l'urgence, le soignant doit capter l'attention rapidement puis cadrer le patient, prendre la fonction d'une « bouée de sauvetage ». La réification, ne nécessitant pas forcément une longue phase

d'induction, répond tout à fait à ce cahier des charges. De plus sa simplicité de mise en place permet une utilisation par le plus grand nombre et dans beaucoup de situations.(4)

Cette technique est particulièrement adaptée à la pédiatrie. Faire appel à l'imaginaire de l'enfant lui est familier et améliore la relation de confiance. L'aspect ludique favorise la distraction et l'acceptation des soins.(4)

De même on peut l'utiliser pour anticiper l'anxiété liée à un geste douloureux. Et plus généralement pour certains hypnothérapeutes, elle fait partie des outils utilisés pour la prise en charge des troubles à manifestations psychiques chroniques: angoisses, dépressions, troubles post-traumatiques.(26)

1.4.3 DÉROULEMENT D'UNE SÉANCE DE RÉIFICATION

C. Virot, dans *Hypnose et Thérapies Brèves* (2009) déjà largement cité ici, détaille les différentes étapes d'une séance de réification qu'il utilise dans la thérapie des douleurs chroniques.

Il propose dans un premier temps une phase de préparation. Il faut d'abord obtenir le consentement du patient. Est-il prêt à être acteur de son soin ? Ensuite il faut s'assurer de la présence de la douleur, de son évolution et de sa stabilité.

Puis commence le travail de « chosification ». Thérapeute et patient s'appliquent à caractériser le symptôme dans tous ses aspects possibles :

- Sa localisation précise et ses limites : corporelle, externe ou interne.
- Sa forme.
- Sa dimension.
- Son épaisseur.
- Sa consistance : souple, mou, ferme, dur, très dur.
- Son poids.
- Sa surface : lisse, rugueuse, irrégulière, bosselée.
- Sa fixation : le plus souvent immobile, collé, accroché, parfois mobile alors bon facteur de guérison.
- Sa sonorité ou sa vibration.
- Son contenu.
- Sa température.
- Sa couleur.
- Sa luminosité.

Puis vient le temps du changement, de la transformation. Alors que le patient est déjà en transe, le thérapeute commence « l'hypnose formelle ». Après une induction extrêmement simple, ou même sans, le sujet observe comment l'objet se transforme de manière spontanée ou alors en créant des moyens, des solutions pour atteindre ce but et des sensations plus agréables. En faisant appel à son imaginaire soutenu, aiguillé par le soignant, il est partie prenante de sa guérison. (26)

1.5 HYPNOSE AUX URGENCES

La médecine d'urgence est une jeune spécialité transversale. La douleur est l'un des principaux motifs de recours aux urgences ou très souvent composante de la pathologie qui amène à consulter. Même si il y a peu d'études sur l'utilisation de l'hypnose aux urgences, elle fait de plus en plus partie de l'arsenal thérapeutique de l'urgentiste.

L'article le plus ancien sur le sujet est publié par L. Goldie du Maudsley Hospital de Londres en 1956. Dans un service d'urgence d'une autre époque, essentiellement dédié aux pathologies traumatiques, où les patients étaient examinés, radiographiés et « opérés » dans la foulée; la méthodologie approximative, au regard des critères actuels, propose une étude avant/après l'introduction de « l'hypnoanesthésie » en préambule d'une possible anesthésie générale ou locale. L'auteur démontre ainsi une diminution significative de l'utilisation d'anesthésique lors des sutures de plaie et des réductions de fracture ou de luxation comme le montre le tableau 1. Il y décrit surtout plusieurs cas cliniques où l'on observe la diversité des situations, des patients et l'adaptabilité du médecin hypnothérapeute à ceux-ci. (1)

Totals of Cases Treated in March and April, With Numbers Receiving Anaesthetics in the Two Months and the Critical Ratio Between the Two Proportions

Procedure	No. of Cases Treated		No. of Anaesthetics (G.A. + L.A.)		Critical Ratio
	March	April	March	April	
A. Incisions	43	59	32	37	1.185 Not significant
B. Removal of foreign body	13	18	10	8	1.850 Not significant
C. Suturing	95	95	15	7	8.610 Very highly significant
D. Orthopaedic fracture/dislocation reductions	27	38	22	12	4.120 Very highly significant
E. Nail avulsions ..	2	6	2	3	Numbers too small for comparison

Figure 3 – Résultats de l'étude de L. Goldie (1956)

D'autres publications suivront, pour la plupart des revues de cas, démontrant encore la diversité des situations d'urgence où l'hypnose s'avère être une aide précieuse à la prise en charge du patient :

- Pathologies chirurgicales comme médicales.
- Adultes et enfants.
- Les douleurs aiguës et les acutisations des douleurs chroniques.

- Les douleurs induites par les soins.
- La gestion du stress et de l'angoisse.
- Seul ou en association à un traitement médical.
- Dans les services d'urgence hospitaliers, en préhospitalier ou en milieu isolé.
- De la communication hypnotique à la transe formelle en passant par les inductions rapides voir même l'autohypnose. (9) (10) (11) (12) (13) (14) (27) (28) (29) (30)

L'hypnose entre dans les recommandations pour la prise en charge de la douleur en urgence et notamment en pédiatrie. (31) (32) (33)

Les urgentistes, imitant leurs collègues anesthésistes se forment de plus en plus, comme en témoignent les mémoires, les thèses, de publications lors des congrès. Initialement marginale, elle devient une pratique de plus en plus admise et recherchée par les soignants médecins et infirmiers. (29) (34) (35) (36) (37) (38)

Et prochainement sera publié, espérons-le, le premier essai clinique sur le sujet. L'équipe du Pr Fournier, du Centre Hospitalo-Universitaire de Nîmes, mène un essai randomisé sur la suture des plaies chez les enfants sous Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote seul contre hypnose plus MEOPA. (39)

Or, à l'heure où les services d'urgence sont de plus en plus remplis, les soignants de plus en plus débordés, les patients de plus en plus maltraités par un système défaillant, l'hypnose s'avère être un moyen sûr et économe pour améliorer le confort, l'antalgie du patient et redonner un sens à la relation soignant-soigné.

Aux urgences, de part l'environnement, l'attente, la focalisation sur la douleur, le patient est déjà dans un état de transe. Il faut « partir de là où le patient est »; la plupart des techniques d'hypnose sont alors utilisables. Tout commence par l'approche du patient, par la communication hypnotique. Puis l'induction doit être rapide et adaptée au contexte : catalepsie, lévitation, associée ou non au MEOPA. La dissociation par la distraction ou la confusion sera suivie de la transe elle-même où sont développés les suggestions le plus souvent directives, la réification, la métaphore avec le saupoudrage, la ratification. (2) (3) (35) (40)

1.6 FONCTIONNEMENT D'UN SERVICE D'URGENCE, PRISE EN CHARGE DES PLAIES

« Les services d'urgence ont pour mission de prendre en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quelques soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences [...] » (41)

Les patients viennent d'eux-mêmes ou sont adressés par le centre 15 ou un médecin extérieur.

Ils sont transportés par leurs propres moyens, en ambulance ou par les pompiers. Ils souffrent de pathologies médicales ou chirurgicales, aiguës, subaiguës, ou chroniques. Le degré d'urgence est variable : de l'urgence vitale à l'urgence relative voir même de l'absence d'urgence, parfois non corrélée à l'urgence ressentie par le patient.

Dans ce contexte et pour faire face aux flux de patients et à sa variation, un tri est d'abord effectué à l'accueil. Le patient est ensuite examiné. Des examens complémentaires sont prescrits et effectués afin d'établir un diagnostic, diagnostic dont découlera un traitement et une orientation. Bien sûr ces différents temps de prise en charge seront variables en fonction du motif de consultation aux urgences et de la catégorisation du patient.

Ainsi les plaies sont une des pathologies typiques d'un service d'urgence. Leur prise en charge hospitalière comprend plusieurs aspects :

- Triage et installation.
- Analgésie et sédation.
- Prise en charge du risque infectieux : nettoyage, détersion, antiseptie, prévention du tétanos et de la rage.
- Stratégie de cicatrisation : techniques de fermeture, délai de fermeture d'une plaie, surveillance et ablation des fils.(42)

L'analgésie doit être anticipée dès l'accueil du patient, généralement per os. Ensuite pour explorer et possiblement suturer les plaies, hors contexte d'une urgence vitale, il est classiquement recommandé une anesthésie locale (AL) ou locorégionale (ALR). Une coanalgésie par MEOPA doit être systématiquement proposée. *«Les méthodes de détournement d'attention et d'hypnose peuvent aussi être proposées à tout âge. »* (42)

Dans un premier temps il convient de nettoyer la plaie superficiellement et en profondeur. Puis on pratique une exploration dite « chirurgicale » afin de déterminer l'atteinte des tissus et leur viabilité. Cette évaluation permet de poser l'indication d'un parage. Étape du processus de cicatrisation, il permet l'excision économique et la plus complète possible des tissus contus, morts ou voués à la nécrose ainsi que l'évacuation des corps étrangers. En plus de l'effraction cutanée, cette étape permet de diagnostiquer d'éventuelles lésions des tissus nobles (vaisseaux, nerfs, tendons).(42)

La technique de fermeture des plaies la plus utilisée en vue d'une cicatrisation efficace et afin de limiter le risque infectieux, est la suture par fil. De manière similaire à la couture, on rapproche les 2 berges d'une plaie en réalisant des points à l'aide d'une aiguille poursuivie par un fil. En fonction de la profondeur, il doit être pratiqué des points profonds et superficiels. Le choix des techniques de suture ainsi que la taille du fil utilisé dépend de la localisation et de la demande fonctionnelle de la zone. Il existe d'autres techniques alternatives à la suture par fil : les agrafes, les sutures adhésives ou les colles tissulaires.(42)

Ces différentes étapes du soin pour la plupart des plaies bénignes, seront pratiquées dans la foulée aux urgences par le médecin urgentiste. Pratique dite de « petite chirurgie », elle nécessite une « petite anesthésie » comme énoncé plus haut. Et même si l'utilisation de l'hypnose est évoquée dans les recommandations françaises (42), il y a peu d'études pour cette indication en dehors de l'article historique de Goldie en 1956 (1) et de quelques cas cliniques (9) (10) (27) (30).

1.7 PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE

Chacun a déjà fait l'expérience d'un service d'urgence. Le vécu, est rarement relaté comme quelque chose d'agréable : attente, stress, douleur, soif, faim, contact avec la souffrance et la misère humaine, déshumanisation, incivilité, mauvaise voir non prise en charge de la douleur, de l'anxiété, manque d'information, manque de considération... La liste des griefs est longue. Avec la dégradation des conditions de travail multifactorielle, médiatisée ces derniers temps, on parle volontiers de maltraitance (institutionnelle ou soignante) à l'encontre des patients. Dans ce contexte et au contact de nombreux consœurs et confrères pratiquant l'hypnose et la communication hypnotique, j'y ai vu la possibilité, en me formant, de résister à cette malheureuse tendance.

Aux urgences, la prise en charge des plaies est la plupart du temps considérée comme un acte bénin pour le médecin, contrastant avec la vision du patient, souvent jeune et sans antécédent, qui le vit comme une chirurgie à laquelle il n'était pas préparé. Les soignants, dans un environnement de travail les poussant à toujours plus de rentabilité, ont besoin de techniques rapides pour gérer ce stress et cette douleur.

De plus une des spécificités de ce fréquent motif de consultation est que le médecin doit gérer la douleur de la plaie elle-même ainsi que la douleur induite par la suture mais aussi par l'anesthésie locale. La pratique habituelle consiste :

- à une explication froide du geste : « Je vais nettoyer puis explorer et enfin recoudre avec une aiguille la plaie. Cela nécessitera X points de suture. »
- suivie de l'injection multi-sites du produit anesthésiant : « Mais non ça va pas faire mal, juste un peu piquer et brûler ! »
- puis de l'exploration et de la suture elle-même : « Ne vous inquiétez pas, vous êtes anesthésié. Ce n'est pas de la douleur, c'est juste une sensation désagréable. »
- parfois associé à l'utilisation de MEOPA comme summum de l'empathie : « Vous allez voir, vous allez vous marrer. »

La communication thérapeutique dans le cadre de cette pathologie semble plus que jamais appropriée pour ne pas dire nécessaire afin de se mettre au niveau du patient, au diapason de son vécu. Il faut aller chercher le patient là où il est. C'est de là que part la réification. Par sa simplicité, sa rapidité, sa reproductibilité par le plus grand nombre (du simple initié à l'hypnothérapeute confirmé), elle nous a semblés très pertinente à utiliser et étudier dans ce contexte. Elle pourrait dans l'avenir rentrer dans le cadre d'un protocole de service ou au moins devenir « une habitude de service ».

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 DESCRIPTION DES PATIENTS

Les critères d'inclusion sont : patient, quelque soit l'âge, venant aux urgences pour la prise en charge d'une plaie simple nécessitant une suture.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- pathologie psychiatrique ou géro-psi-chiatrique non stabilisée
- alcoolisation aiguë impliquant des troubles du comportement
- détresse vitale associée.

Souhaitant faire des entretiens filmés, s'est rajouté une contrainte technique, celle d'avoir un collègue disponible pour filmer, sans impacter la charge de travail de ce dernier. De plus l'organisation du service et le planning médical ne m'ont permis d'être posté en traumatologie (secteur des urgences ou l'on prend en charge les plaies) que 3 jours sur la période de d'Avril à Juin 2018. L'obligation de formation de nos étudiants aux techniques de suture m'a également incité à confier plusieurs patients à l'interne ou l'externe, le laissant faire la suture pendant que je m'exerçais à l'hypnose.

Ainsi cette modeste étude clinique porte sur 3 patients :

- Mr Abdallah O., 59 ans, présentant une plaie du cuir chevelu de 5 cm au niveau occipital suite à une chute de sa hauteur dans un contexte de vertiges causés par une maladie de Ménière (pathologie de l'oreille interne).
- Mr Luciano T., 38 ans, présentant un « doigt de porte », i.e. écrasement de la 3ième phalange de l'annulaire gauche par une porte avec fracture distale de la phalange, avulsion de l'ongle et plaie de la face latérale et du lit inguinale.
- Mme Marie-Véronique DF., 54 ans, présentant une plaie de 10 cm de la jambe droite sur la face latéro-externe suite à un traumatisme avec une barre de fer.

Ces 3 patients sont venus aux urgences par leurs propres moyens, répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion.

2.2 PRESENTATION DU CADRE DE REALISATION DE L'INTERVENTION

Les patients ont dans un premier temps été évalués par l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO). Après un délai d'attente de 30 minutes à 1 heure, ils ont été placés dans un des 2 box de suture du service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Pierre. A ce stade là, il leur a été proposé un antalgique per os.

Ces box sont des petites pièces contenant du matériel de suture et de petite chirurgie, de perfusion, de ventilation, disposés dans plusieurs chariots et étagères. On y trouve également un scialytique, un moniteur multiparamétrique, des prises d'air et d'oxygène, une bouteille contenant le fameux MEOPA, un ordinateur. Ces box se ferment par une porte coulissante.

Le patient est positionné sur un brancard au milieu du box. L'environnement du box, les sons des soignants, des autres patients, des appareils électroniques, les passages incessants du personnel contribuent à créer un état de transe pour le patient qui découvre tout ça en attendant le médecin. Cette transe est le plus souvent négative, mêlée d'angoisse et de douleur ; mais parfois positive si le sujet se laisse porté par l'optimisme et la curiosité.

Puis le patient, est classiquement vu par un externe, un interne ou un senior qui conduit un interrogatoire, un examen de la plaie.

Commence alors l'acte lui-même :

- Préparation du matériel de petite chirurgie.
- Nettoyage de la plaie, souvent douloureux.
- Anesthésie locale par injection de produit anesthésiant autour de la plaie, ou anesthésie locorégionale par injection de produit au niveau d'un nerf ou d'un groupe de nerf innervant la zone lésée bloquant ainsi la conduction nerveuse et donc la douleur. Cette anesthésie est elle-même douloureuse par l'insertion d'une aiguille au niveau de zones parfois très sensibles et l'injection de produit provoquant une sensation de brûlure. Elle présente des risques locaux (nécrose, infection) mais aussi généraux (troubles du rythme cardiaque, anaphylaxie). Il faut donc prendre en compte la balance bénéfices-risques. Ainsi elle n'est souvent pas proposée pour les petites plaies nécessitant moins de 2 points de suture ou si le patient est déjà sous « anesthésie générale » induite par une alcoolisation massive, rendant le recueil d'antécédents difficile et l'analgésie superflue... Par ailleurs, on peut proposer également une sédation-analgésie par MEOPA en fonction du contexte.
- Installation d'un champ stérile et nettoyage plus poussé de la zone.
- Exploration de la plaie afin de vérifier l'intégrité des parties nobles, acte parfois douloureux si l'anesthésie « n'a pas prise » ou a été trop superficielle. Libre au praticien de recommencer l'étape précédente.
- Suture de la plaie, zone profonde puis superficielle.
- Nettoyage, pansement.
- Après une petite absence afin d'effectuer le travail administratif, délivrance des ordonnances, du compte-rendu de consultation et des consignes de surveillance.

2.3 PRESENTATION DES AMENAGEMENTS DE CADRE INDUIT PAR L'HYPNOSE

Dans le cadre de cette étude, il a été proposé aux 3 patients la réalisation des gestes de manière classique associé à une hypno-analgésie par réification. Toute cette étape s'est bien sûr déroulée dans le cadre d'une communisation hypnotique.

Chaque séance a été filmée par un tiers, les 2 premières par une aide-soignante, la troisième par un externe en quatrième année. Chaque patient a été informé de l'utilisation de l'hypnose et a donné son consentement oral dans un premier temps. Après la séance, ils ont signé une autorisation de filmer, d'exploiter et de diffuser les images.

La séance d'hypnose formelle commençait après la première étape de la prise en charge, l'interrogatoire et l'examen de la plaie.

Dans les 2 premiers cas il y a eu une phase d'induction par méthode VAC (Visuel, Auditif, Cinesthésique) rapide, suivie de la réification puis la transformation.

Lors du troisième entretien, il y a d'abord eu une discussion sur la chosification puis la transformation alors que la patiente semblait déjà en transe, puis une utilisation du MEOPA sans induction formelle.

Par la suite, tout en assurant la préparation des soins et les soins eux-mêmes, je suggérais la réification et la transformation par un discours hypnotique.

En finalisant les soins, je proposais une sortie de transe plus ou moins rapide puis recueillait brièvement le ressenti du patient.

3 RÉSULTATS ET DONNÉES CLINIQUES

La première séance choisie pour illustrer ce mémoire est celle de Mr Abdallah O. La vidéo se déroule de la manière suivante :

- Après une rapide introduction de la séance, je commence l'induction par la méthode VAC.
 - o Je demande au patient de s'installer confortablement en débutant par la sensorialité cinesthésique. Je ratifie quand celui-ci propose une position de confort.
 - o Je lui suggère ensuite de se concentrer sur sa respiration ce qui me permet d'ajuster mon rythme de parole à celle-ci : le pacing.
 - o Ensuite je lui demande de manière confuse voir confusionnante de « *prendre compte de son environnement* »: toujours dans la sensorialité cinesthésique, nous travaillons sur la température ambiante, la fraîcheur de la climatisation.
 - o Puis je pose l'environnement sonore présent et futur afin d'anticiper et de sécuriser le patient.
 - o Je me réajuste à nouveau sur sa respiration et lui propose de fermer les yeux. Je répète l'ancrage confortable en pratiquant le saupoudrage.
- Puis nous commençons la réification de la douleur.
 - o Le patient choisit la forme d'un petit cratère.
 - o La couleur est le noir.
- Ensuite nous convenons de sa transformation :
 - o Il se referme et devient blanc.
- Puis je suggère la transformation petit à petit en commençant les soins par la désinfection.
 - o Par une suggestion directe je joue sur la forme du cratère qui rétrécit et la couleur qui s'éclaircit.
 - o En saupoudrant « *petit à petit* » et d'une voie lente et monocorde alors que je nettoie la plaie, le cratère est devenu une petite pointe grise, puis une tête d'épingle blanche.
- Pendant l'enfilage fastidieux des gants stériles, je continue la transe en poussant la transformation vers une étendue de neige et en jouant sur les sensations de froid et de plénitude.
- Après m'être assuré de l'état hypnotique du patient par un signalling, j'effectue l'anesthésie locale incorporant les sensations du patient à sa transe.
 - o Le froid qui prend au vif et « *pique* » pour l'injection.
 - o Le froid qui engourdit pour l'anesthésie à proprement parlé.
- Puis tout en saupoudrant, je commence la suture elle-même. Pendant cet acte le sujet me signale qu'il voit un ours polaire. Il est parti en voyage hypnotique sur la banquise.
 - o Je ratifie ce voyage et explore avec lui.

- Il me décrit comment il est vêtu pour lutter contre le froid avec un bonnet rouge et des moufles.
- Tout en validant, nous continuons l'exploration du lieu apaisant devenu « safe place ».
- Alors que je termine la suture je lui suggère de profiter des terres lointaines, prémices de la sortie de transe.
- C'est par une petite coupe de cheveux que je finis les soins et que je propose de rouvrir les yeux et de « *revenir ici* ». Alors que le vacarme ambiant augmente, le patient sort effectivement de transe.
- S'ensuit un petit retour d'expérience du patient où il me décrit son « absence » de sensations.

La deuxième séance avec Mr Luciano T. suit à peu près le même schéma:

- Suite à une introduction et des explications brèves sur le déroulement des soins, je commence une induction rapide par méthode VAC.
 - Je sécurise le patient dans ses sensations cinesthésiques, en l'invitant à s'installer confortablement dans le « *divan* » (sic).
 - J'aborde également l'aspect visuel avec la lumière éblouissante.
 - Puis j'évoque les sensations auditives en anticipant bien l'environnement sonore présent et à venir.
 - En m'accordant à sa respiration et en ralentissant le rythme de ma voix je termine cette brève induction.
- Ensuite nous cherchons, non sans quelques difficultés, comment réifier la douleur du patient.
 - Comme habituellement, je lui propose de chosifier sa douleur en une forme ou une couleur. Comprenant mal les consignes et focalisé sur sa lésion, il souhaite que son doigt reprenne un aspect normal.
 - Je le recentre sur sa sensation actuelle et évoque d'autres possibilités de réification, il propose un chat calme.
 - En guise de transformation, nous convenons que ce dernier se réveille et « *s'agite* » ou plus sympathiquement joue.
- Je commence alors la suggestion du chat calme puis rapidement son réveil et sa mise en mouvement, ses jeux.
 - Les jeux du chat deviennent une excellente opportunité :
J'incorpore des coups de griffes au moment de l'anesthésie locale qui nécessite 2 injections à la base du doigt, ce qui renforce la congruence.
 - En attendant que l'anesthésiant fasse son effet, tout en désinfectant et en installant le « site opératoire », nous discutons des jeux du chat. Le patient a naturellement enrichi son histoire en introduisant un compagnon de jeux.

- Nous cherchons à leur trouver des activités : jouer avec une balle, dans la cour.
- Puis absorbé par une suture assez complexe, je laisse le patient observer les jeux félins en posant occasionnellement des questions pour ratifier et prolonger la transe hypnotique.
 - L'effet de pause lié aux longs silences permet au patient de remplir son espace imaginaire.
 - En transe peu profonde, nous discutons des jeux des chatons. Nous les nommons. Nous maintenons ainsi l'hypnoanalgésie.
- A la fin de la suture et alors que les chatons de mon patient se reposent, je lui signale la fin des soins. Ce faisant, j'hausse le ton de la voix induisant une sortie de transe spontanée et rapide.
- Je commence alors une explication sur les soins effectués.
- Après ce temps, hors caméra, Mr Luciano me rend compte de son vécu très positif de la séance. Ne s'étant pas rendu compte de l'anesthésie, il s'inquiète de l'absence de sensation de son doigt. Je le rassure et lui dit que cela disparaîtra dans une trentaine de minutes.

Pour le troisième cas, le contexte étant différent, la séance ne suit pas le même schéma. L'interne qui s'occupe de Mme Marie-Véronique D.F. me demande un avis sur la plaie et me signale que celle-ci a formulé des inquiétudes quand à la suture de celle-ci. Je vais alors à la rencontre de la patiente, la rassure, ainsi que l'interne, sur le geste à effectuer et lui propose de l'associer à une hypno-analgésie. Tenant dans ses mains le masque pour l'inhalation de MEOPA que lui a prescrit l'interne, son attitude contraste avec l'angoisse anticipatrice décrite précédemment. Elle a en effet déjà reçu une dose du fameux gaz hilarant. La vidéo commence à ce moment là :

- Après l'introduction habituelle, nous commençons directement à chercher à réifier la douleur de la patiente et à décider de la transformation. La patiente voit une ligne bleue qui va se transformer en vague rose.
- Puis la patiente semblant déjà en transe, je choisis de ne pas pratiquer d'induction formelle mais de continuer à utiliser le MEOPA.
- Dans un monologue la réification se transforme en hypnosédation de type « lieu sûr ».
 - La ligne bleue se transforme en vagues roses.
 - J'impulse un mouvement et des sensations pour une meilleure congruence avec les gestes effectués.
 - La vague rafraîchit la plaie au moment de la désinfection.
- Confiant dans la technique d'hypnosédation-MEOPA, je tente la suture sans anesthésie locale. Mme Marie-Véronique esquissant une grimace et un mouvement de retrait, et devant la taille de la plaie importante (10 cm), je me ravise.
 - Pendant la préparation du produit anesthésiant, j'amplifie la sédation en jouant sur la répétition du mouvement des vagues.

- Après l'en avoir informée, j'effectue alors une anesthésie locale en incorporant les sensations liées aux injections à la réification. La vague et le sel rafraichissent et chauffent la plaie.
- J'utilise également la confusion et le paradoxe : « *la chaleur fraîche, la fraîcheur chaude* » approfondissant l'hypnose.
- J'enchaîne rapidement sur la suture de la plaie tout en répétant inlassablement le mouvement des vagues.
 - Celui-ci est alors congruent à mes gestes. Les vagues rapprochent et éloignent au moment où je commence la suture.
 - Les silences permettent également un effet de pause.
 - La répétition cyclique du mouvement des vagues contribue à maintenir la transe.
 - Puis je les vagues atteignent la plage, anticipant la sortie.
- Ainsi en fin de suture, je ramène tranquillement la patiente sur la plage.
 - En lui retirant le masque de MEOPA, voyant que celle-ci est encore loin, je la laisse encore profiter un peu.
 - Puis je l'invite rapidement à revenir à l'hôpital.
- Alors que je demande son ressenti à Mme Marie-Véronique, celle-ci nous révèle être dans un état ébrioux classique lié à l'utilisation du gaz. Elle est contente de l'expérience et nous remercie.

4 DISCUSSION

4.1 REGARD ET ANALYSE CRITIQUE SUR LES SÉANCES PRÉSENTÉES

4.1.1 DÉLAIS

Le temps de prise en charge étant un élément déterminant dans la pratique aux urgences, il paraît primordial d'analyser cette donnée dans les séances présentées. Les séances ont duré entre 12 et 14 minutes. A cette période, il faut ajouter le temps d'examen et de proposition de l'hypnose avant le film et la délivrance des ordonnances et consignes après le film. Si on retire le surplus de temps nécessaire pour l'explication de l'étude (film, recueil du consentement etc...), on peut estimer que le temps additionnel nécessaire pour la réalisation de cette technique se limite à la phase préparatoire de la réification associée à l'induction, soit 3 minutes 30 secondes pour la première, 4 minutes 10 secondes pour la deuxième, 1 minute pour la dernière. Ce délai additionnel nous semble tout à fait raisonnable.

4.1.2 DÉROULEMENT DES SÉANCES

Les déroulements respectifs des trois séances diffèrent sensiblement entre eux. Mais surtout ils diffèrent de celui proposé par C. Virot (26).

Alors que ce dernier suggère une phase préparatoire où il convient de définir la réification avec le patient avant l'induction, j'ai, suite à plusieurs expériences antérieures, préféré introduire la réification une fois la courte induction faite pour le premier et le deuxième cas. En effet il me semble plus facile de stimuler l'imaginaire du patient alors qu'il est déjà dans une autre réalité. J'ai expérimenté quelques réticences chez certains patients quand j'ai essayé d'introduire « ce jeu » sans les conditionner avant. Cela rejoint la problématique de l'information sur la séance d'hypnose que l'on développera plus tard. Pour la troisième patiente, celle-ci me semblant déjà suffisamment en transe, je n'ai pas vu la nécessité d'une induction et lui ai directement proposé de réifier sa douleur.

Ensuite je convenais d'une transformation possible avec le sujet, comme pour cadrer l'exercice. Puis je revenais alors à la réification initiale pour petit à petit transformer l'objet. Ceci provoque un effet d'aller-retour ou de boucle : on passe de la réification de la douleur à sa transformation puis à nouveau à l'image initiale qui change à nouveau plus ou moins rapidement. Cet effet est possiblement contre-productif, freinant l'imaginaire du sujet. Il peut aussi renforcer la transe par l'aspect confusionnant et répétitif.

De plus quand C. Virot suggère de laisser le patient réaliser et décrire le changement, j'ai eu une attitude globalement plus directive. J'initialisais la transformation comme convenu précédemment en tentant de faire durer celle-ci. Puis dans un deuxième temps, je rajoutais des éléments inspirés par le patient ou par les soins, à la recherche d'une congruence entre mon discours et les sensations du sujet.

Cette démarche plutôt directive n'a pas empêché le premier patient de réaliser son propre voyage hypnotique, de rencontrer un « petit ours polaire », de se couvrir contre le froid avec un « bonnet rouge » et des « grosses moufles ».

Le deuxième cas également, au début peu imaginaire, a dans un deuxième temps permis à son chat de rencontrer un partenaire de jeu dans un lieu bien défini, alors que j'étais très concentré sur le soin et peu bavard.

Chez la troisième patiente, celle-ci étant sous l'emprise du gaz anesthésiant, j'ai dû monologuer toute la séance.

4.1.3 LES OUTILS HYPNOTIQUES UTILISÉS

Très vite je me suis rendu compte que, la réification, pour des séances de cette durée impliquant plusieurs modifications de la douleur liées aux soins, ne se suffit pas à elle-même. Il a nécessité l'utilisation d'autres techniques hypnotiques telle que la métaphore, le voyage hypnotique, le lieu sûr. Ceci est particulièrement flagrant chez Mr Abdallah O.

Chez Mr Luciano T., le choix de l'objet de la réification difficile à trouver et finalement assez déconcertant, m'a mis en difficulté. Passer d'un animal calme pour la douleur à un animal « agité » pour l'atténuation de celle-ci est très paradoxal. Très déconcerté, j'ai dû rebondir et construire une trame sur ce thème non sans quelques difficultés.

Ainsi en plus de connaître plusieurs techniques, il est nécessaire de se décomplexer et de lâcher prise pour pratiquer l'hypnose clinique comme nous l'ont enseignés A. Bioy et l'équipe du DU.

De même lors des trois séances présentées sont utilisés la plupart des éléments classiques de rhétorique hypnotique.

- La communication hypnotique est essentielle pour le premier contact puis les explications. Elle permet de créer l'alliance thérapeutique nécessaire dans l'environnement des urgences parfois peu agréable comme expliqué précédemment. (20) Pendant les séances, je m'applique à utiliser un vocabulaire positif, évitant les termes à consonance désagréable.
- La posture initiale, assis, à hauteur du patient renforce aussi cette alliance. Elle autorise également une meilleure observation du patient, la règle des trois O, chère à Erickson. (35)
- L'induction par VAC dans les deux premières situations est particulièrement adaptée aux urgences. Elle permet de ratifier l'état pré-hypnotique du patient qui a attendu (parfois longtemps) dans le box en observant son environnement visuel et sonore. Il s'est installé naturellement de manière la plus confortable sur le brancard. Il est très important d'y inclure l'environnement sonore possiblement agressif. Lors de la séance avec le premier patient, alors que je l'informe des bruits extérieurs, il me dit ne rien entendre, puis quelques secondes après,

par chance, un bruit de couloir vient approuver mes dires. Ceci contribue grandement à sécuriser le sujet.

- Le saupoudrage est largement utilisé : « tranquillement », « calmement », rythmant ainsi le discours.
- La répétition - « les grandes étendues blanches et froides » pour Mr Abdallah ou le mouvement des « vagues roses » pour Mme Marie-Véronique - renforce la transe bien sûr mais permet également de meubler alors que mon esprit est focalisé sur la suture.
- Les silences souvent « subis » pour moi, peuvent permettre au sujet de laisser libre cours à leur imagination. Mr Abdallah, lors d'un silence, rencontre un ours polaire, Mr Luciano trouve un ami à son chaton.
- La synchronisation de la respiration, et le pacing en général, sont plus ou moins faciles à mettre en place. Alors que je m'y essaie en début de séance, je perds « le rythme » absorbé par les gestes techniques qui me rendent alors peu en accord avec l'attitude des patients beaucoup plus passive... Cependant je reste bien sûr attentif aux signaux du patient. Notamment avec la troisième pour qui je décide finalement de faire une anesthésie locale.
- Le signalling est également nécessaire pour m'assurer de la congruence de l'hypnose et conforter le sujet dans sa transe. Gardant le contact verbal dans les 2 premières situations, il m'a particulièrement été utile avec Mr Luciano.
- La ratification, partie intégrante de la communication hypnotique, sécurise encore plus le patient et libère son imaginaire.
- La confusion à travers des images comme la « chaleur fraîche, la fraîcheur chaude » pour le troisième cas amplifie la dissociation.
- Les métaphores sont aussi très utilisées pour intégrer les sensations des soins : « l'étendue blanche de neige froide, le froid qui prend au vif et pique » au moment de la désinfection du premier patient portant un T-shirt où il est écrit Flamme de vie (sic), « le chaton griffe » au moment de l'injection, « les vagues faites d'écume et de sel qui rafraichissent et apportent une sensation de chaleur » pour la brûlure de l'anesthésiant.

4.1.4 PROFONDEUR DE L'HYPNOSE ET RESSENTI DES PATIENTS

Partant du principe enseigné qu'il n'y a pas d'échec possible et que l'hypnose ne peut apporter qu'un confort supplémentaire, mais aussi galvanisé par la caméra et les impératifs du mémoire, j'ai pris le parti de faire abstraction de la profondeur de l'hypnose apparente du sujet pour éviter l'autocensure et le blocage. Cependant en analysant les vidéos à posteriori, on remarque que les 3 sujets sont dans des états de transe de profondeur variable mais non corrélée aux expressions de douleur pendant les soins et au ressenti global exprimé en fin de séance:

Mr Abdallah semble très suggestible et compliant à l'hypnose. Son voyage hypnotique l'emporte dans des terres lointaines. Il esquisse cependant quelques grimaces pendant l'anesthésie locale, connue pour être particulièrement sensible au niveau du cuir chevelu. Lors du débriefing de fin de séance, il relate ne pas avoir ressenti de douleur, juste des sensations et être libéré de la gêne initiale.

Mr Luciano paraît assez circonspect devant me proposition de technique analgésique alternative. Il comprend mal ou a des difficultés à chosifier sa douleur et reste focalisé sur la récupération de sa fonctionnalité digitale : « j'aimerais bien que ça redevienne un doigt normal ». Il se prête néanmoins à l'exercice et, peut-être grâce aux jeux du chaton et ses coups de griffes, n'exprime presque aucune souffrance au moment de l'anesthésie en bloc du doigt pourtant particulièrement désagréable. Lors de son retour d'expérience, il me rapporte avoir bien ressenti les coups de griffes mais ne comprend pas pourquoi son doigt est insensible...

Mme Marie-Véronique, quand à elle, semble dès le départ en transe. Majorant celle-ci par l'hypnose et par l'utilisation du MEOPA, elle s'approche de l'anesthésie générale. Pourtant au moment des soins douloureux sur la zone pourtant réputée comme étant peu sensible, elle grimace et esquisse des mouvements de retrait. Même après l'anesthésie locale compensatrice, elle a ces mêmes expressions de souffrance. Heureusement elle ne garde que le souvenir de l'ivresse, plus lié au gaz hilarant qu'à la transe. L'utilisation de ce dernier peut avoir été contre-productive d'un point de vue de l'hypnose.

Enfin on peut noter différents éléments perturbateurs lors des trois séances : interruptions sonores par des bruits environnants, le téléphone, des collègues qui rentrent dans le box pour différentes requêtes, l'interruption du discours hypnotique pour des raisons techniques. Ces éléments ont finalement peu perturbé l'état dissocié des patients.

4.1.5 UNE PRATIQUE PERFECTIBLE

Bien entendu ces vidéos mettent en exergue tous les aspects perfectibles de ma pratique débutante de l'hypnose.

Commençons par les bases. Il existe encore beaucoup de « fautes de langage » dans mon discours hypnotique: « piquer », négations, utilisation du possessif au lieu du démonstratif... Il est difficile de s'affranchir d'une éducation médicale de plus de dix ans qui prône l'exactitude des mots et l'information honnête du patient. Le fameux : « Attention ! Je vais piquer ! ».

Les sorties de transe sont très rapides et j'accompagne peu les patient, souvent pressé par mon rythme de travail habituel.

Dans ce contexte où je dois effectuer un acte de petite chirurgie, j'ai du mal à instaurer une proxémie avec le patient. Il est difficile d'être « à la tête » tel l'anesthésiste et « sur le champ opératoire » tel le chirurgien. Et même quand la plaie est sur le crâne, je suis confronté à la difficulté de faire deux tâches

en même temps. Ainsi je suis plus dans l'empathie et le contact quand je pratique l'hypnoanalgésie-sédation alors qu'un collègue s'occupe de l'acte médical.

Dans le même ordre, concentré sur les soins ou plus simplement manquant d'inspiration, il y a de grandes pauses dans mon discours. Ces grands silences, s'ils étaient voulus et assumés, ne poseraient probablement pas de problème. C'est plus mes tentatives maladroitement pour les meubler qui me rendent mal à l'aise, malaise alors possiblement palpable par le patient, et possiblement nuisible à son sentiment de sécurité.

Sur ces trois séances j'utilise un mode suggestif plutôt directif, quitte à laisser peu d'espace de liberté pour l'imaginaire du patient. Et quand ceux-ci m'apportent de nouveaux éléments, il est dommage que je rebondisse peu pour amplifier leur transe. Par exemple, je suggère vaguement à Mr Abdallah de discuter avec son ours polaire et ne ratifie pas, ni ne lui demande de développer quand il me parle de ses protections contre le froid. J'aurai pu amplifier son sentiment de bien-être en lui demandant de décrire sa possible doudoune ou autre... Encore une fois, je suis moi-même en transe, absorbé par mon geste et je perds en acuité d'observation et en réactivité.

4.2 DISCUSSION ÉTHIQUE

Une des premières interrogations éthiques qui m'est venue à l'esprit sur l'hypnose médicale avant même d'entreprendre cette formation concerne la validité scientifique de l'hypnose et de son utilisation dans la médecine d'urgence. Cette réflexion rejoint un débat très ancien qui a refait surface récemment dans les médias, sur les médecines alternatives autrement appelées « fakemed ». (43)

Médecin urgentiste ayant étudié en France, ayant été formé et pratiquant la médecine basée sur les preuves, financé par un système de solidarité nationale, je suis dans l'obligation morale de suivre les codes régissant la profession qui *“interdisent le charlatanisme et la tromperie, imposent de ne prescrire et distribuer que des traitements éprouvés. Ils proscrivent aussi l'usage de remèdes secrets...”*, article 39 du code de déontologie, article R.4127-39 du code de la Santé Publique. (43)

Ce n'est donc pas par hasard si je me suis inscrit à ce DU dont l'intitulé, le programme et les curriculums vitae des différents enseignants rassuraient mon esprit cartésien et scientifique. Ainsi, au fur et à mesure de l'enseignement, de la pratique personnelle de l'hypnose médicale et des recherches bibliographiques, j'ai appris que *« l'hypnose est validée scientifiquement mais tout le monde ne l'admet pas »*.(44)

Mais surtout la pratique de l'hypnose dans le cadre de la médecine d'urgence rentre tout à fait dans le cadre déontologique cité précédemment dans la mesure où elle est pratiquée :

- Dans le champ de compétences, et en complément des thérapeutiques recommandées. (36)

- Sans effet secondaire notable.
- Et en informant le patient de l'utilisation de l'hypnose.

A propos de l'information du patient, le fait de la nommer l'hypnose comme telle ou autrement et quand l'expliquer ne me semble pas problématique. Nous avons l'obligation de fournir une information compréhensive par le patient et non sujette à ses préjugés, sachant que le mot hypnose peut être très connoté. Ainsi nous avons tous eu l'expérience d'un patient refusant une séance d'hypnose liée à l'image de l'hypnose de spectacle mais acceptant une séance de « relaxation ».

Par ailleurs, même si il est clair que l'hypno-analgésie permet de diminuer les doses d'analgésiques médicamenteux et que le ressenti du patient est largement amélioré à tel point qu'il fait abstraction des sensations douloureuses a posteriori, il me semble indispensable éthiquement d'assurer une analgésie ou une anesthésie médicamenteuse efficace. L'exemple de Mme Marie-Véronique illustre parfaitement ce point.

4.3 APPORT DE CETTE ÉTUDE CLINIQUE

Cette étude a permis d'explorer les hypothèses de départ sans pour autant apporter des réponses tranchées.

En premier lieu, la technique de réification, associée aux méthodes analgésiques classiques, est peu chronophage. Ajoutant un délai supplémentaire de seulement 1 à 4 minutes dans les 3 situations décrites, elle est très intéressante au regard du confort apporté au patient.

Elle nécessite cependant une disponibilité du médecin qui, étant à la fois « à la tête » et « au champ », hypnothérapeute et technicien, peut se retrouver en difficulté par ce double rôle. Gageons qu'avec la pratique, cette double casquette deviendra de plus en plus facile à porter.

Une autre hypothèse était la facilité d'utilisation de cette technique qui permettrait de l'utiliser par le plus grand nombre. Lors des trois séances, on a vu que, en plus de la réification, j'ai fait appel à beaucoup d'autres compétences acquises lors de l'enseignement du DU. Il a fallu également que je réadapte mon discours hypnotique à des changements de situation, ce qui nécessite un minimum d'aisance dans la pratique. Aussi pour utiliser la réification dans ce cadre, il semblerait qu'il faille au moins avoir été initié à l'hypnose ou avoir des compétences innées dans le domaine, si tant est que cela soit possible... Dans une tout autre situation, alors que je commençais une séance d'hypnose, de type lieu sûr, pour réduire une luxation de genou chez une jeune patiente, en présence d'une interne, j'ai été interrompu par le téléphone et ai dû sortir du box. En revenant, j'ai retrouvé la patiente en transe, l'interne, pourtant non formée à l'hypnose mais particulièrement à l'aise, ayant continué l'induction et le voyage hypnotique.

Ainsi même si cette méthode n'est pas généralisable à l'ensemble des praticiens du service, elle peut devenir une habitude, au moins auprès de ceux formés ou sensibilisés à l'hypnose par effet « tache d'huile ».

Enfin les autres bénéfices secondaires qui peuvent être retenus de cette étude sont la satisfaction, le confort et le plaisir ludique qu'apportent l'utilisation de l'hypnose à ces consultations pour plaies, habituellement peu intéressantes pour un urgentiste expérimenté. Cette joie à pratiquer l'hypnose, se ressent d'autant plus quand on accepte le lâcher prise et l'absence d'échec possible, comme nous l'ont inculqué les enseignants du DU.(4) (8)

CONCLUSION

L'étude des trois cas cliniques de ce mémoire, en plus de démontrer le bénéfice et la simplicité de la réification hypnotique lors des gestes de petite chirurgie, confirme la nécessité d'une pratique de l'hypnose polyvalente et congruente à la situation et au patient.

Au delà de ce sujet spécifique et grâce à cette formation, l'hypnose est devenue un outil majeur dans mon arsenal thérapeutique pour la gestion de la douleur et de l'anxiété. Sa pratique dans le cadre de l'urgence est tout à fait adaptée. En traumatologie, lors de la réalisation de soins douloureux, dans l'urgence vitale ou toute autre situation où la présence médicale est nécessaire, ce temps incompressible est une occasion inestimable d'améliorer la prise en charge.

Lors des consultations plus courtes, instaurer une relation thérapeutique de confiance grâce à la communication hypnotique améliore la compréhension et le sentiment de satisfaction du patient et désamorce toute situation potentiellement conflictuelle. Plus largement, l'utilisation de ces techniques de communication m'aide énormément dans les relations interprofessionnelles, dans l'enseignement (rôle inhérent à tout praticien), dans la gestion des problématiques institutionnelles.

Les seuls freins que j'ai pu observer à ces pratiques sont la fatigue et le manque de ressources internes et de disponibilité qui en découlent. Il est également parfois difficile d'être multitâche : hypnose, réalisation et enseignement du geste, gestion des sollicitations externes (téléphone, collègues), interruption pour une (autre) urgence ...

Au delà de l'enseignement de l'hypnose, ce DU et ses intervenants m'ont permis d'élargir mon cadre de travail et la gestion de la pression inhérente aux urgences. Déontologiquement, je dois offrir à mes patients la meilleure prise en charge avec tous les moyens thérapeutiques et diagnostiques à disposition ; mais grâce à certains concepts enseignés, je relativise les aléas thérapeutiques et gagne en confiance. « Il n'y a pas d'échec possible en hypnose », il en est de même dans mon métier. Ce changement radical de paradigme, n'excluant pas la remise en question et l'analyse, a eu je pense un effet bénéfique sur mes prises en charge.

L'avenir de l'hypnose dans la médecine d'urgence est certain. Suivant l'exemple de nos confrères anesthésistes pour les techniques d'analgésie et de sédation, de plus en plus d'urgentistes se forment. L'ensemble des soignants des services d'urgence, afin de contrecarrer la tendance actuelle à la maltraitance institutionnelle des patients et des personnels, tendent à améliorer leur pratique avec plus de bienveillance, d'humanisation permettant une meilleure qualité des soins. Ainsi par effet « tâche d'huile » et grâce à des formations d'initiation, aides-soignants, brancardiers, étudiants, infirmiers, médecins sont de plus en plus sensibilisés à l'hypnose et valorisent leur travail ainsi.

BIBLIOGRAPHIE

1. Goldie L. Hypnosis in the Casualty Department. *British Medical Journal*. 8 déc 1956;2(5005):1340-2.
2. Lavaud S. Pourquoi l'hypnose a largement sa place aux urgences [Internet]. *Medscape*. 2016 [cité 15 juin 2018]. Disponible sur: <http://francais.medscape.com/viewarticle/3602451>
3. Guler N. Hypnose aux urgences : vous convaincre de vous former ... Congrès SFMU; 2016.
4. Célestin-Lhopiteau I, Bioy A, Loey CV. Aide-mémoire - Hypnoanalgésie et hypnosédation: en 43 notions. Paris: Dunod; 2014.
5. Benhaïem J-M. L'hypnose médicale, 2e édition. Paris: Med-Line Editions; 2012.
6. Elliotson J, Robinson D-N. Numerous cases of surgical operations without pain in the mesmeric state. University Publications of America. 1843;
7. Erickson MH. The Nature of Hypnosis and Suggestion. Rossi EL, éditeur. Irvington Pub; 1980.
8. Bioy A. L'hypnose. Presses Universitaires de France; 2017.
9. Deltito JA. Hypnosis in the treatment of acute pain in the emergency department setting. *Postgraduate Medical Journal*. 1 avr 1984;60(702):263-6.
10. Bierman S. Hypnosis in the emergency department. *Am J Emerg Med*. 1989;7(2):238-42.
11. Wain HJ, Amen DG. Emergency room use of hypnosis. *General Hospital Psychiatry*. janv 1986;8(1):19-22.
12. Berger MM, Davadant M, Marin C, Wasserfallen J-B, Pinget C, Maravic P, et al. Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. *Burns*. août 2010;36(5):639-46.
13. Iserson KV. An Hypnotic Suggestion: Review of Hypnosis for Clinical Emergency Care. *The Journal of Emergency Medicine*. avr 2014;46(4):588-96.
14. Iserson KV. Relocating dislocations in a wilderness setting: use of hypnosis. *Journal of Wilderness Medicine*. févr 1991;2(1):22-6.
15. Virot C, Bernard F. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. 1^{re} éd. Rueil-Malmaison: Arnette; 2010.
16. Coutaux A, Collin E. Douleurs induites par les soins: épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs. *Douleur et Analgésie*. sept 2008;21(3):126-38.
17. Célestin-Lhopiteau I. Prise en charge non pharmacologique de la douleur provoquée par les soins [Internet]. [cité 26 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrdr.fr/Prise-en-charge-non.html>
18. Ducloy-Bouthors AS, Hamdani A, Richart P, Ducloy JC, Bernard F, Cottencin O. Hypnose en anesthésie et analgésie en obstétrique et en gynécologie. *Revue de médecine périnatale*. sept 2012;4(3):114-8.
19. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. *Rapport Inserm*. 2015;213.

20. Garden-Brèche F, Desanneaux-Guillou S. Hypnose médicale en situation difficile : Retour d'expériences conjuguées pour un perfectionnement en pratique eriksonienne. 1^{re} éd. Arnette; 2014.
21. Montgomery GH, David D, Winkel G, Silverstein JH, Bovbjerg DH. The Effectiveness of Adjunctive Hypnosis with Surgical Patients: A Meta-Analysis. *Anesth Analg.* :7.
22. Bernard F, Fusco N, Musellec H. L'hypnose en anesthésie. Conférence d'essentiel SFAR. 2014;
23. Del Casale A, Ferracuti S, Rapinesi C, Serata D, Caltagirone SS, Savoia V, et al. Pain Perception and Hypnosis: Findings From Recent Functional Neuroimaging Studies. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.* 3 avr 2015;63(2):144-70.
24. Miller, M. F., Barabasz, A. F., & Barabasz, M. Effects of active alert and relaxation hypnotic inductions on cold pressor pain. *Journal of Abnormal Psychology.* 1991;223-6.
25. Derbyshire SWG, Whalley MG, Stenger VA, Oakley DA. Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *NeuroImage.* sept 2004;23(1):392-401.
26. Viroc C. La Réification Une douleur palpable. *Hypnose et Thérapies brèves.* 2009;Hors-série(3):16-32.
27. Hopayian K. A brief technique of hypnoanesthesia for children in a casualty department. *Anaesthesia.* nov 1984;39(11):1139-41.
28. Iserson KV. Hypnosis for pediatric fracture reduction. *The Journal of Emergency Medicine.* janv 1999;17(1):53-6.
29. Foulon J. La douleur aux Urgences : l'hypnose comme traitement complémentaire ? Congrès SFMU; 2016.
30. Peebles-Kleiger MJ. The Use Of Hypnosis In Emergency Medecine. *Emergency Medicine Clinics of North America.* mai 2000;18(2):327-38.
31. O'Donnell JJ. Emergency analgesia in the paediatric population. Part III Non-pharmacological measures of pain relief and anxiolysis. *Emergency Medicine Journal.* 1 mai 2002;19(3):195-7.
32. Savoia G, Coluzzi F, Maria CD, Ambrosio F, Oggioni R, Messina A, et al. Italian Intersociety Recommendations on pain management in the emergency setting. *Minerva Anestesiologica.* 2015;81(2):21.
33. HAS. Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternatives à la codéine. In 2016.
34. Hajali. Initiation de la pratique de l'hypnose dans un service des urgences. Congrès SFMU; 2013.
35. Guillou Le Gouguec L. « 24 heures aux Urgences sous Hypnose » (Apport de l'hypnose dans la pratique professionnelle d'un urgentiste) [Mémoire]. Réunion; 2015.
36. Benchetrit D. Histoire d'hypnose : usage du conte hypnotique dans la prise en charge de la douleur induite pas les soins aux urgences [Mémoire]. Réunion; 2017.
37. Le Cozanet L. L'hypnose médicale dans les services d'urgence Une étude qualitative auprès de quinze médecins urgentistes [Thèse]. Lyon; 2016.
38. Le Roch C. Étude qualitative sur les impacts d'une formation à l'hypnose médicale pour des médecins généralistes d'Île-de-France [Thèse]. Paris XI; 2018.

39. Pediatric Emergency Suture Care: a Trial Comparing the Analgesic Efficacy of Hypnosis Versus MEOPA - Full Text View - ClinicalTrials.gov [Internet]. [cité 15 juin 2018]. Disponible sur: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02420002>
40. Bollinger JW. The Rate of Adverse Events Related to Hypnosis During Clinical Trials. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2 oct 2018;60(4):357-66.
41. HAS. Prise en charge des urgences et des soins non programmés Certification des établissements de santé Guide thématique des experts-visiteurs. 2014 sept.
42. Société française de médecine d'urgence. Plaies aiguës en structure d'urgence Référentiel de bonnes pratiques. 2017.
43. Comment agir contre les Fake Médecines ? [Internet]. no fakmed. [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: <http://fakemedecine.blogspot.com/2018/03/comment-agir-contre-les-fake-medecines.html>
44. Bioy A. L'hypnose est validée scientifiquement mais tout le monde ne l'admet pas [Internet]. Sud Radio. [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.sudradio.fr/societe/antoine-bioy-lhypnose-est-validee-scientifiquement-mais-tout-le-monde-ne-ladmet-pas>

Résumé :

Depuis les débuts de l'utilisation de l'hypnose en médecine, elle a fait preuve de son efficacité dans la sédation, l'anesthésie, l'analgésie des douleurs aiguës comme chroniques, celles induites par les soins ou en péri-opératoire. Une des techniques simple utilisée en hypnoanalgésie, est la réification. Elle consiste à demander au patient d'imager la douleur à la manière d'un portrait chinois puis d'initier la transformation de cet objet pour atténuer la sensation désagréable.

Dans les services d'urgence, les plaies superficielles traumatiques sont un des motifs de consultation très fréquent. Leur prise en charge assez simple consiste à les explorer et les suturer après une anesthésie locale. Bien que bénigne, elle provoque souvent une angoisse et une douleur induite chez le patient.

Ce mémoire étudie trois cas cliniques filmés de suture de plaies sous anesthésie locale associée à la réification hypnotique. Cette technique est séduisante par sa rapidité et sa simplicité de mise en place. Elle nécessite cependant des connaissances plus générales en hypnose afin de permettre au praticien de rebondir en cas de difficultés imprévues. Elle apporte un confort certain au patient, ce qui majore également la satisfaction du soignant.

La pratique de l'hypnose se généralise en médecine d'urgence. Elle permet d'optimiser l'analgésie et la sédation, champs d'intervention majeurs de la spécialité. Elle aide aussi à une meilleure communication avec les patients et les autres professionnels de santé. Elle assure également un peu plus de bienveillance et d'humanisation des services d'urgence dans un contexte de crise sanitaire.

Mots-clés : Hypnose, hypnoanalgésie, réification, urgence, suture, plaie.