



UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE

**DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE D'HYPNOSE
MÉDICALE ET CLINIQUE**

**Apport de l'hypnose médicale lors d'un
premier pansement à domicile**

DIRECTEUR DE MEMOIRE : DENIS VESVARD

MAGALI NICOLAS

INFIRMIERE

2017-2018

REMERCIEMENTS

A Monsieur Antoine BIOY et à l'équipe pédagogique de ce DIU en hypnose médicale et clinique pour leurs enseignements et leurs partages d'expériences,

A mon directeur de mémoire Monsieur Denis VESVARD pour ses conseils et sa disponibilité,

A mes patients qui me font confiance, à leur reconnaissance, à leurs croyances, leurs capacités qui me font évoluer,

A chacun d'entre vous, partenaires d'heureux échanges toujours présents,

A mon soutien pour ses encouragements, sa relecture, ses petits plats, sa patience et surtout sa présence,

A mes difficultés, celles qui font que je suis ici aujourd'hui encore plus forte,

A mes transformations.

*« Panser l'impensable, penser l'impossible
Et croire à l'incroyable pour que tout reste possible. » (1)*

Introduction	1
1ère Partie : REVUE THEORIQUE ET PROBLEMATIQUE.....	3
1 L’HYPNOSE.....	3
1.1 Généralités	3
1.2 Définitions de l’hypnose.....	4
1.2.1 Hypnose conversationnelle	5
1.2.2 Hypnose formelle	5
1.2.3 Autohypnose.....	5
1.3 Phases habituelles d’une séance d’hypnose formelle	6
1.3.1 1ère phase : créer le lien avec le patient.....	6
1.3.2 Seconde phase : la transe par focalisation ou par dissociation.....	7
1.3.3 3ème phase : le travail.....	8
1.3.4 4ème phase : retour à l’ici et maintenant.....	8
2 L’INFIRMIERE ET L’HYPNOSE	9
2.1 Hypnose et pratique infirmière	9
2.2 Définition de la douleur, de l’anxiété, de l’anticipation négative	11
2.2.1 La douleur	11
2.2.2 L’anxiété.....	12
2.2.3 L’anticipation négative.....	13
2.3 La place de l’hypnose	13
2.3.1 La plaie.....	14
2.3.2 La pratique de l’hypnose dans la prise en charge des plaies	15
PROBLEMATIQUE.....	17
2ème Partie : CAS CLINIQUES	19
1 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	19
1.1 Présentation du cadre de la rencontre : le domicile	19

1.1.1	Cadre des rencontres	19
1.1.2	La réfection de pansement.....	21
1.1.3	Outils hypnotiques utilisés	22
1.2	Description de la population : typologie des patients pris en charge	22
1.2.1	Mr P., pansement d'amputation d'un gros orteil.....	22
1.2.2	Mme S., pansement au niveau du sein avec drain de redon en place.....	23
1.2.3	Mme H, pansement post opératoire d'un hallux valgus.....	23
2	PRESENTATION DES CAS CLINIQUES	25
2.1	Mr. P : Pansement suite à une amputation du gros orteil chez un patient diabétique	25
2.2	Mme S. Pansement suite opération d'un cancer du sein	34
2.3	Mme H : Pansement suite à une intervention sur un hallux valgus.....	40
3^{ème}	Partie : RESULTATS ET DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE	47
1	Rappel de la problématique	47
2	Confrontation des observations à la problématique	50
3	Discussion éthique	53
	Conclusion.....	55
	Bibliographie.....	56
	ANNEXES.....	59
	Annexe 1	59
	Annexe 2	60
	RESUME.....	61

Introduction

Infirmière libérale, je suis installée depuis 24 ans en zone semi-rurale.

Je prends en charge des patients à leur domicile présentant des pathologies aiguës et chroniques telles type diabète, suivi post-opératoire, soins palliatifs, traitement de la douleur, plaies, troubles de la mémoire et du comportement.

J'effectue cette prise en charge en collaboration avec une collègue infirmière, des médecins, un service d'H.A.D. (Hospitalisation à Domicile) ainsi qu'un S.S.I.A.D. (Service de Soins Infirmiers à Domicile).

Durant ma formation initiale d'infirmière j'ai été sensibilisée à la place des mots pour traiter les maux. L'école d'infirmière, plus qu'une école de soins, était pour moi, avant tout, une école de la vie en tant que simple observatrice ou comme actrice de la naissance jusqu'à la mort.

Mes différentes lectures et rencontres m'ont ouverte alors à l'approche de la communication dans la relation de soin. J'ai pu ainsi profiter de sensibilisations et initiations à différentes approches de communication : la Programmation Neuro Linguistique (P.N.L), l'analyse transactionnelle, la gestion de conflits, la gestion du plaisir, l'intelligence émotionnelle qui sont venues enrichir ma réflexion et ma relation au patient. Les formations ouvertes aux infirmières étaient alors peu nombreuses. En parallèle, j'ai choisi de développer par une formation universitaire la prise en charges des plaies, brûlures et nécroses.

Soigner à domicile, c'est accompagner un patient dans son cadre de vie à un moment de sa vie.

La pratique du soin à domicile demande une réelle et permanente adaptation aux patients et aux soins. Une solide formation initiale et continue ainsi qu'un investissement personnel sont indispensables à une prise en charge de qualité.

En 2015 j'ai participé, dans le cadre de ma formation professionnelle continue, à une « Initiation à l'hypnose », que j'ai complétée six mois plus tard par une formation sur l'« Hypnose et douleur chronique ». Je découvre alors que j'ai mis en place, sans le savoir, et depuis longtemps, ce que l'on peut nommer de l'hypnose conversationnelle.

J'intègre la formation en hypnose médicale à l'Université de Dijon en décembre 2017.

Confrontée à des situations aiguës dans lesquelles mon patient était comme égaré et pour lesquelles je me sentais démunie pour lui apporter une réponse thérapeutique, j'ai proposé

instinctivement l'hypnose. Je me suis alors demandée quel pouvait être le dénominateur commun à ces patients : ils étaient focalisés sur leur souffrance.

*

*

*

Je consacre la première partie de ce travail à définir l'hypnose et ses différentes étapes. J'aborde sa place dans le cadre réglementaire, le champ de compétences de l'infirmière dans « le prendre soin ». Je présente la prise en charge de la douleur, sous différentes formes, et l'usage de l'hypnoanalgésie, puis ma problématique.

Dans une deuxième partie je présente trois cas cliniques.

Dans une troisième partie, à travers la présentation des résultats et la discussion théorico-clinique, je vérifie l'intérêt de l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge des patients lors de réfections de pansements, dès le début de prise en charge.

Je présente enfin la place que pourrait prendre l'hypnose dans ma pratique professionnelle du soin.

1ère Partie : REVUE THEORIQUE ET PROBLEMATIQUE

1 L'HYPNOSE

1.1 Généralités

L'hypnose est décrite et pratiquée depuis des millénaires. Elle a ainsi été utilisée sous des formes variées. Décrite comme un phénomène surnaturel, holistique, magnétique, elle est étudiée, utilisée, interdite ou décriée selon les époques.

Hippolyte Bernheim (1840-1919) conclut que l'hypnose n'est pas un état pathologique, mais un état physiologique naturel. « C'est la suggestion qui domine la plupart des manifestations de l'hypnose » (2)

Freud développe la notion de « rapport hypnotique ». La suggestion y prend une part secondaire à la relation avec le thérapeute. Pierre Janet apporte la notion de dissociation. Léon Chertok (1911-1991) prône le retour de l'hypnose à des fins thérapeutiques (y compris en analgésie). Milton Erickson (1901-1980) développe une technique centrée sur la personne, dans laquelle la technique de communication est particulièrement affinée.

Pour François Roustang (1923-2016), l'hypnose est un outil thérapeutique qui permet de développer une nouvelle dynamique entre travail du corps et de l'esprit.

Aujourd'hui, l'hypnose commence à trouver une place, parmi les outils thérapeutiques complémentaires, dans le monde du soin. Elle est ainsi proposée dans certaines consultations douleurs, en unités de soins et en chirurgie.

Enseignée par des écoles et des instituts privés, elle est également proposée par certaines Universités et centres de formation continue auprès des professionnels de santé.

Les types de pratiques de l'hypnose

L'hypnose thérapeutique :

Elle est utilisée par des praticiens médicaux ou paramédicaux dans leur champ de compétence. Elle peut se présenter sous différentes formes : hypnose formelle, hypnose conversationnelle, autohypnose.

L'hypnose de spectacle

Elle se répand dans les médias actuellement. Elle se présente comme une hypnose récréative, dans laquelle le praticien prend une forme de pouvoir. Le « client » y est soit un spectateur, soit un acteur passif.

L'hypnose à des fins de développement personnel, « coaching » ou « auto coaching ».

Elle permettrait une réalisation de soi, et pourrait avoir des visées éducatives.

L'hypnose dans le domaine de la recherche.

L'hypnose aujourd'hui fait l'objet de nombreuses expériences cliniques et scientifiques. C'est la technique d'IRM fonctionnelle qui a permis de valider scientifiquement ses possibilités. Une vingtaine d'études cliniques (incluant plus de 100 sujets) et/ou revues de la littérature type Cochrane viennent confirmer son efficacité.

1.2 Définitions de l'hypnose

Il existe plusieurs définitions de l'hypnose :

- « un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières » selon la British Medical Association. (3)

- « l'état hypnotique est caractérisé par une réceptivité nettement augmentée pour la suggestion, par la capacité de modifier les perceptions et la mémoire ainsi que la possibilité de contrôler des fonctions physiologiques habituellement involontaires ». Joseph Barber

- « l'hypnose est un état modifié de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi » définit par Antoine Bioy. (2)

L'induction de l'état hypnotique, couplé à la relation soignant soigné va permettre un travail thérapeutique. La communication est le lien qui permet au patient, par la rencontre avec son thérapeute, d'aller sur le chemin de la transformation vers un mieux être.

L'hypnose est fondée sur un type de communication particulière. Le langage ericksonien ou «Milton's Model », repose sur l'utilisation thérapeutique de la communication centrée sur le patient et regroupe tous les types de communications : verbale et non verbale. Selon le psychologue américain Albert Mehrabian, on communique avec son corps entier.

Les mots représentent 7 % du message de la communication totale, 38 % pour le para-verbal (débit, timbre de voix, ...) et donc 55 % pour le non verbal. (4)

Selon l'École de Palo Alto, les moyens verbaux porteraient 30 à 35% de la signification du message, tandis que les moyens non verbaux véhiculeraient 60 à 65 % de l'information.

« Professionnel de la vigilance, dit François Roustang, le thérapeute Erickson s'est entraîné à apprendre à observer dans les moindres détails le comportement para-verbal et non verbal du sujet. » (5)

Le discours non verbal demande encore plus d'attention. Il permet d'aller retrouver le patient là où il se situe pour mieux pouvoir se mettre à son niveau et lui permettre de trouver comme un alter ego, un compagnon qui pourra faire un bout de chemin avec lui vers une transformation.

1.2.1 Hypnose conversationnelle

« L'Hypnose Conversationnelle est une forme d'hypnose sans hypnose. Elle consiste en effet, à potentialiser l'inconscient du client en contournant les limites de son esprit conscient sans avoir recours à une transe formelle. Pour cela, le thérapeute / coach va utiliser des stratagèmes thérapeutiques ainsi qu'un langage qui présuppose le changement.»¹

1.2.2 Hypnose formelle

« Le sujet est éveillé, conscient, dans un état de conscience particulier dit « modifié » par rapport à l'état de veille ordinaire. L'hypnose permet d'accéder à un état émotionnel, affectif et cognitif et à une conscience de soi, de son environnement et de soi dans un environnement. La relation avec le praticien (le mode de communication, la suggestibilité) permet au patient un processus psychologique, un révélateur de possibles. Le « patient » devient acteur de son propre cheminement et lui permet de vivre une réalité autrement. » (2)

Ces définitions reprennent différentes notions: la transe, la suggestion, le contexte, la relation, l'imaginaire et le corporel.

Basée sur la synchronisation avec le patient, l'hypnose formelle nécessite d'observer pour pouvoir s'ajuster durant toute la séance, afin de permettre une relation continue avec le patient et de l'amener vers un mieux être.

1.2.3 Autohypnose

« C'est une véritable apprentissage ou ré-apprentissage qui invite le patient à prendre du temps pour lui, à utiliser ses ressources pour mieux vivre. La pratique de l'autohypnose, qui

¹ Société Française d'Hypnose Conversationnelle et Thérapeutique. Hypnose conversationnelle. Disponible sur : <http://www.hypnoseconversationnelle.org/> (consulté le 18/04/2018)

est la capacité à utiliser soi même les techniques hypnotiques proposées pendant les séances, est largement encouragée. Le praticien favorise ainsi l'autonomie du patient. » (6)

1.3 Phases habituelles d'une séance d'hypnose formelle

Une séance d'hypnose formelle peut être décrite en quatre principales phases :

« Phase 1 - Le patient arrive focalisé, immobilisé dans sa vie par un symptôme.

Phase 2 - La première étape de l'hypnose consiste à le défocaliser (...) par des exercices d'induction (...) il lui est proposé de focaliser son attention sur une perception (...) qui permet le passage vers la dissociation.

Phase 3 - C'est la phase de dissociation, (...) nous nous dissociions du quotidien (...) pour rentrer dans un autre type de perception, la perceptude.

Phase 4 - C'est la phase de la perceptude², le mouvement, la souplesse, l'ouverture. (...) Il y a de multiples suggestions amenant le patient à imaginer, à ressentir d'autres possibilités, d'autres fonctionnements.

Phase 5 – C'est le retour à la sensorialité ordinaire avec les réaménagements apportés par la séance. » (7)

1.3.1 1ère phase : créer le lien avec le patient

Les éléments permettant l'établissement d'une relation de qualité avec le patient, tels que la communication, la relation de confiance et l'alliance thérapeutique constituent le rapport hypnotique.

La relation de confiance

² Roustang parle pour la première fois de « perceptude » en 2001, mais ce n'est qu'en 2004 qu'il le formalisera dans un ouvrage.

Pour François Roustang, l'hypnose est le chemin qui met en lumière la perceptude :
« L'état d'hypnose, tel que je le comprends, ne serait rien d'autre que la perceptude. Elle est à la fois ce qui est toujours présent à nos vies et toujours supposé pour que nous puissions appréhender quelque chose du monde environnant. C'est ce que disent à leur manière les praticiens de l'hypnose : il existe une hypnose quotidienne qu'il n'est nul besoin de nommer hypnose, car le moindre geste, celui de la marche, de la lecture ou de l'écriture, pour être accompli avec aisance, suppose l'absorption et l'oubli. Et d'autre part tout humain est hypnotisable, c'est à dire qu'il peut avoir accès au fondement, il peut se rendre d'où il vient. La perceptude est là en effet sous-jacente à toute perception, mais par ailleurs les hypnotiseurs prétendent la faire passer au premier plan et en proposent l'expérience. Donc la mettre à la lumière du jour, alors qu'elle agit dans la lumière de la nuit. En d'autres termes, l'état hypnotique est partout et il s'agirait de le faire apparaître quelque part. Etrange procédure parce qu'elle aboutirait alors à l'apparition d'un fond sans la figure ou d'un contexte qui aurait perdu son texte ». François ROUSTANG - Il suffit d'un geste - Ed. Odile Jacob - 2003

Elle dépend principalement du climat de confiance établi. Elle nécessite de prendre en compte les compétences, ressources de chacun, le contexte. Il s'agit pour le soignant de prendre soin de façon empathique, en respectant les valeurs et choix du patient, en instaurant une confiance mutuelle, en amenant à une collaboration.

Alliance thérapeutique

La relation de confiance entraîne l'alliance thérapeutique. Cette dernière est définie par Antoine BIOY et Maximilien BACHELART - psychologues cliniciens - comme « la collaboration mutuelle, le partenariat entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés. » (7)

Le patient et le thérapeute partent du même niveau ; basée sur la synchronisation, l'hypnose permet à chacun de pouvoir évoluer en toute liberté dans un sentiment de confiance. Le thérapeute permet au patient de s'ouvrir à de nouveaux cheminements, d'explorer de nouvelles solutions et de nouveaux ressentis.

1.3.2 Seconde phase : la transe par focalisation ou par dissociation

D'après Virot elle se définit comme « la focalisation et la fixation de l'attention pendant un certain temps. » (8)

La focalisation peut être externe (reliée à nos sens) ou interne (reliée à notre imaginaire). Notre conscience reste vigilante, et nous permet de réagir (en cas de danger, par exemple).

Il s'agit de créer un moment de perte des repères habituels. Le patient devient (ou redevient) attentif à son corps et à ses possibles, conscients et inconscients. Le monde sensoriel est au premier plan. Différentes techniques d'induction peuvent être utilisées : visuelle, cénesthésique, auditive, olfactive et gustative, par le lieu de sécurité, une lévitation ou une catalepsie du bras ...

La dissociation est caractérisée par :

- Une hyper-absorption de l'attention. Elle permet et entretient un état modifié de conscience, par l'absorption du patient dans ses sensations physiques ou/et son imaginaire. Il s'agit d'un état psychique dans lequel le patient se retrouve dans une activité psychique de concentration accrue tout en expérimentant une sensation de détente corporelle.
- Une altération de l'orientation temporo-spatiale. L'environnement du patient s'efface, la perception du temps est altérée. Cela pourrait être ici et ailleurs, au présent et au futur, ici et maintenant, pendant un court instant ou un long moment.

- Une modification des perceptions : le patient se retrouve avec ses propres sensations, émotions « spontanées ». La façon dont le patient perçoit son corps et la position de ce dernier dans l'espace sont modifiés. Il se retrouve parfois à expérimenter des suggestions comme une réponse involontaire (exemple : lévitation du bras).

L'état hypnotique induit une sensation de relâchement, de relaxation, un sentiment de détente physique (accompagné parfois d'un sentiment de travail psychique intense). C'est la possibilité de passer d'une conscience analytique, intellectuelle à une conscience plus imaginative, perceptive, sensitive, intuitive.

La dissociation permet un état dans lequel les choses, les sensations deviennent possibles, transformables. On peut dire que contrairement à l'image du « dormez, maintenant ! » véhiculée par l'hypnose de spectacle, l'hypnose médicale est un état d'éveil où le patient ne dort pas. On utilise le mot « éveil » car il peut trouver, ou retrouver de nouvelles sensations, solutions, modifications dans ses ressentis corporels et /ou émotionnels. Le rôle du praticien est d'accompagner le patient vers ses ressources, de lui faire découvrir d'autres possibles et de les mettre en action.

1.3.3 3ème phase : le travail

C'est un moment pendant lequel la suggestibilité est accrue, où le processus d'intellectualisation des situations est court-circuité, ce qui permet de diminuer les pensées limitantes, les idées préconçues. Le monde dans lequel le patient évolue n'est pas forcément réaliste ou réalisable d'un point de vue logique, mais le devient pendant la dissociation, un peu comme le vécu, les situations éprouvés lors d'un rêve. La censure et la rationalité n'existent pas. On parle de « logique de la transe ». C'est une phase dans laquelle le patient a un accès réduit à la réalité, ce qui en modifie sa perception. Le praticien va passer par l'utilisation de métaphores, de suggestions, du saupoudrage, des récits, de l'humour, une histoire dans l'histoire, des confusions.... Le vocabulaire est délibérément flou et vague. La communication est indirecte. L'hypnose permet aussi la dissociation du temps, la durée subjective du soin va diminuer.

1.3.4 4ème phase : retour à l'ici et maintenant

Le patient reprend contact avec la réalité du moment, il se reconnecte au ici et maintenant. C'est une phase de ré-adaptation à la présence extérieure pour le patient, le praticien peut alors mettre en place des prescriptions de tâches ou des suggestions post-hypnotiques afin de

renforcer ou poursuivre le travail effectué pendant la transe. C'est également le moment où le praticien renforce positivement le patient quant à ses compétences et lui en attribue le mérite.

2 L'INFIRMIERE ET L'HYPNOSE

2.1 Hypnose et pratique infirmière

Statut

En France, il n'y a pas de cadre légal précis encadrant la pratique de l'hypnose. Les DU d'hypnose ne sont pas reconnus par l'Ordre des médecins. L'hypnose n'est pas réglementée. Elle peut être utilisée dans le cadre du décret de compétences du praticien. L'ordre infirmier nous autorise à utiliser l'outil hypnose dans le cadre de nos soins. Toutefois nous ne devons en faire mention ni sur nos cartes de visite, ni sur nos plaques professionnelles.

Ethique

« Il n'existe aucune contre indication neurologique ou psychopathologique à l'utilisation de l'hypnose tant que le praticien reste dans son champ de savoir, d'expérience et de compétence. » (2)

Selon Hammond (1990) « L'éthique nous impose de n'utiliser l'hypnose que pour traiter des problèmes que nous sommes qualifiés pour traiter avec des techniques non hypnotiques.» (9)

Formation initiale de l'Infirmière :

Champ de compétences, réglementation

Le nouvel arrêté relatif au diplôme d'État d'infirmier détaille les compétences que doivent acquérir les étudiants en soins infirmiers,³

« Cinq compétences « transverses » [...] pour le métier d'infirmier [...] Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins [...] ».

1. « Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de la compréhension de la personne.
2. Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte.

³ LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. Journal officiel n°0181 du 7 août 2009, article 40, annexes III, IV, V, VI. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/> (Consulté le 01/04/2018)

3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication.
4. Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique.
5. Informer une personne sur les soins en recherchant son consentement.
6. Identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, de conflit et d'agressivité.
7. Conduire une démarche de communication adaptée aux personnes et à leur entourage en fonction des situations identifiées »

Prendre soin

« les soins infirmiers ont pour objet [...] de prévenir et évaluer la souffrance et la détresse des personnes et de participer à leur soulagement [...] »⁴

Le rôle propre est précisé dans les articles R4311-2 à R4312-3 mis en annexe 1 et reprennent le rôle de l'infirmière tant au niveau technique que relationnel, par l'identification, l'évaluation, l'ajustement, l'adaptation au patient et à ses besoins.

W. HESBEEN décrit le « prendre soin » comme un art au cœur des compétences infirmières « c'est celui qui réussit à combiner les éléments de connaissances, d'habilité, de savoir-être et d'intuition qui vont permettre de venir en aide à quelqu'un, dans une situation singulière » qui n'est jamais préétablie, ni programmable, ni répétable d'individu à individu. Elle est toujours à penser, à repenser, en fait, à recréer. » (10)

W. HESBEEN développe les trois composantes du « prendre soin »:

- Il s'agit de prendre soin des personnes et pas seulement de leur prodiguer des soins.
- La démarche soignante est composée de deux éléments : une rencontre pour tisser une relation de confiance puis un accompagnement.
- La capacité d'inférence regroupe la multitude de ressources, personnelles et professionnelles que le soignant possède et va utiliser pour prendre soin d'une personne. (11) Il s'agit pour le soignant d'agir de façon éclairée et adaptée au patient selon les liens établis entre les différents éléments, dans une réflexion éthique de sa pratique.

⁴ Le Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier énonce dans son Art. 1 complété par Art. R. 4312-19 et le décret du code de déontologie des infirmiers n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 (annexe2)

Ce concept est issu de l'expérience et du questionnement des acteurs de la santé et implique que ceux-ci développent une réflexion éthique sur leurs pratiques.

« Selon NETZ et Col (12), le bien-être serait la résultante de quatre dimensions :

- le bien-être émotionnel (trait et état d'anxiété, stress, état et trait de dépression, confusion, énergie, fatigue, émotions, optimisme...)
- les perceptions de soi (compétences, estime globale de soi, image du corps...)
- le bien-être psychique (douleur, perception des troubles somatiques...)
- le bien-être perçu (qualité de vie, bien-être subjectif...). » (13)

Soins techniques

L'infirmière libérale intervient à domicile sur prescription médicale. La nomenclature des soins infirmiers permettant le remboursement des soins repose essentiellement sur une liste de soins techniques.

La notion de soin va au-delà du geste technique et suppose une prise en charge globale du patient, dans son environnement, de ses besoins, de ses demandes. La première rencontre est alors cruciale pour la poursuite des soins. C'est elle qui va permettre l'alliance thérapeutique. Il s'agit de gérer au mieux les difficultés initiales afin qu'elles ne s'enkystent pas, ne s'installent pas. Si la douleur est un outil utile à notre survie par sa fonction de signal d'alarme, elle peut submerger les capacités d'intégration et d'adaptation de notre cerveau, tout comme l'anxiété.

2.2 Définition de la douleur, de l'anxiété, de l'anticipation négative

2.2.1 La douleur

Selon l'IASP (International Association for the Study of Pain), la douleur est : « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion. » (14)

La douleur est donc une sensation complexe, à la fois physique et émotionnelle. Elle nécessite pour son soulagement de prendre en charge ses causes et ses répercussions. On distingue différents types de douleurs en fonction de leur mécanisme d'origine :

- Les douleurs par excès de nociception: brèves ou persistantes, elles sont les plus fréquentes et sont le résultat de lésions des tissus périphériques (brûlures, traumatismes,...)

- Les douleurs neuropathiques, sont souvent des douleurs chroniques, dues à des lésions du système nerveux (un traumatisme médullaire, un infarctus cérébral, ...). Elles peuvent aussi survenir suite à un stimulus peu ou pas du tout douloureux (allodynie). Elles sont spontanées, permanentes ou paroxystiques.
- Les douleurs psychogènes : elles regroupent toutes les douleurs que l'on ne peut classer dans une des deux catégories précédentes. Ce sont des douleurs sans lésion apparente retrouvée malgré un bilan approfondi. Leur dimension semble essentiellement résider dans le psychisme, avec l'intervention de phénomènes psychologiques amplifiant la sensation douloureuse. Ces douleurs peuvent être favorisées par un déficit d'inhibition descendante d'origine cérébrale.

Douleurs et évolution dans le temps

La douleur aiguë : Elle est de courte durée (elle disparaît en quelques heures ou quelques semaines, selon le temps nécessaire à la guérison). Elle est due à une cause précise. Par exemple, les douleurs provoquées par des soins.

La douleur chronique : Elle est d'une durée de plus de 3 mois, malgré un traitement antidouleur, elle est persistante même si sa cause a disparu. Certaines sont liées à une douleur aiguë mal soulagée, d'autres sont dues à des séquelles que l'on ne peut pas réparer, d'autres encore à des maladies de longue durée.⁵

2.2.2 L'anxiété

Milton Erikson disait que la douleur est constituée pour un tiers de la douleur passée, d'un tiers des douleurs actuelles, d'un tiers d'anticipation de la douleur.

La douleur est ainsi composée de plusieurs facteurs dont une sensation physique et émotionnelle. Il s'agit d'une expérience complexe. Toute douleur crée une certaine mémorisation neurologique, composée d'une part sensorielle, d'une part émotive, d'une part cognitive et d'une part affective. La mémorisation crée une association douleur/ émotion/ affect/ souvenir et entraîne alors de nouvelles façons d'interagir selon des croyances socio culturelles, personnelles. Ce souvenir peut créer des craintes, de l'anxiété, une hyperfocalisation de l'attention, une hypervigilance et amplifier le ressenti douloureux, et émotionnel négatif. Un cercle vicieux peut alors se mettre en route, l'anxiété/la peur/ le soin/

⁵ Institut National du Cancer, la douleur c'est quoi ?

<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/La-douleur-c-est-quoi>
(consulté le 25/02/2018)

la douleur vont interagir en s'amplifiant, en se nourrissant les uns des autres, développant de l'appréhension, un sentiment de menace, de l'anticipation négative, un sentiment de malaise. Comme la définit Antoine Bioy (2017), l'anxiété est un ressenti associé à un événement nouveau, et à un sentiment de peur. Elle se manifeste par une apparente fièvre générale du sujet qui se met en tension. Elle oriente de façon sélective son énergie et ses capacités pour s'adapter au mieux à la situation. La transe négative s'accompagne d'un comportement physique et d'une rigidité corporelle en lien avec la rigidité mentale. (15)

La douleur est une émotion intense qui s'impose à nous et qui peut surgir par anticipation ou remémoration. Selon Bovrin en terme d'hypnose, la douleur est une expérience de transe intense, que l'on qualifie de négative dans ce sens qu'elle est inconfortable tout en demeurant réversible et donc labile. (16)

2.2.3 L'anticipation négative

D'après Nusbaum et al « Si une expérience (douloureuse ou non) est vécue et rappelée à la conscience comme traumatique, on peut supposer, par un mécanisme cognitif associatif, que toute perspective d'expérience du même ordre placera l'individu dans le même registre émotionnel et sensoriel, et l'incitera à s'en prémunir. Ce sont là les prémices de l'anticipation. Car, afin d'éviter la reproduction de cette situation, l'individu va, en premier lieu, sélectionner, dans la réalité, toute information susceptible d'être liée au vécu traumatique originel, pour être en mesure de s'en défendre. Or, cette sélection préventive aura pour effet d'activer plus rapidement les représentations associées à l'expérience de base, par le biais d'une pensée en arborescence. (...) Tout porte à penser (Young Casey et coll., 2008) que la dépression, liée à un processus anticipatoire pessimiste, se présenterait comme le plus puissant prédicteur de chronicisation de la douleur. » (17) Ces anticipations négatives peuvent engendrer facilement des comportements d'évitement ou de refus des soins.

2.3 La place de l'hypnose

Le Dr Jean-Marc BENHAIEM, hypnopraticien en CETD (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur) propose une définition davantage centrée sur la douleur.

« L'hypnose thérapeutique est une expérience relationnelle mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques permettant à l'individu de mieux vivre, d'atténuer ou de supprimer une pathologie douloureuse aiguë ou chronique »

C'est dans la prise en charge de la douleur qu'il existe le plus d'études scientifiques concernant l'hypnose. (18)

L'apport de l'imagerie fonctionnelle, et l'étude de la prise en charge de la douleur depuis de nombreuses d'années ont permis de mieux en comprendre son fonctionnement.

En avril 2000, The Lancet a publié les résultats d'une étude randomisée menée à Boston par le Dr Elvira Lang sur 241 patients volontaires. Elle y décrit les effets positifs de l'hypnose sur le niveau de la douleur, le niveau d'anxiété, la consommation de médicaments, la fréquence des complications, la durée des interventions, ainsi que le coût des soins. (19)

« Pierre Rainville montre que l'hypnose peut agir sur deux des aspects distincts de la douleur: la sensation ou/et l'émotion. Ces deux composantes coexistent dans tout stimulus douloureux (...). Les composantes sensorielle et affective de la douleur sont dissociables, tant sur le plan subjectif que sur le plan neurologique. » (9)

L'hypnose permet de modifier la composante affectivo-sensorielle et la composante sensori-discriminative de la douleur en modulant l'activité de la partie moyenne du cortex cingulaire antérieur. D'autres zones seraient concernées : le cortex pré-moteur est activé tandis que le cortex cingulaire postérieur et le précunéus sont spécifiquement inactivés en hypnose. (20)

2.3.1 La plaie

Une définition de la plaie est une « altération de l'intégrité cutanée ». Au-delà de cette altération cutanée, c'est une atteinte à l'intégrité des tissus du corps et de ses fonctions, une atteinte à l'intégrité corporelle du patient, de son estime de soi et de son image corporelle.

« L'image corporelle peut être définie comme l'ensemble des sentiments, attitudes, souvenirs et expériences qu'un individu a accumulés à propos de son propre corps et qui se sont plus ou moins intégrés dans une perception globale ». (21)

La plaie va modifier le quotidien du patient à plusieurs niveaux, hygiène, alitement, repos, travail, douleur, odeur, rendez-vous pour les soins, relation avec les proches.

La plaie comme les soins ne se limitent pas aux modifications objectives du corps. Elles peuvent renvoyer le sujet à des souvenirs ou réveiller des inquiétudes, des angoisses sur l'attente de résultats ou de choix thérapeutiques pouvant retentir sur sa vie au-delà de la plaie. La plaie peut rapidement devenir « une plaie » dans sa propre vie : celle qui limite le patient dans ses choix, qui modifie ses habitudes.

Elle peut s'accompagner d'un sentiment global de dévalorisation. La vie avec une plaie est plus complexe. Le patient va devoir accepter sa prise en charge par un autre que lui (le

soignant), ce qui peut développer/renforcer un sentiment de dépendance, de perte d'autonomie, de perte d'estime de soi, un sentiment d'incapacité. Cette plaie peut également être l'incarnation et constituer un rappel de sensations et d'émotions négatives, qui le renvoient à des douleurs ressenties, à la perte sociale (avec risque de perdre son travail, à des conséquences financières), à l'isolement social, (arrêt de travail, perte de la mobilité, de l'autonomie, dépendance). Le patient, en fonction de l'étiologie de la plaie, fait l'expérience de la douleur, et peut ressentir une anxiété particulière. Le temps de réfection du pansement et la durée du soin sont plus ou moins longs. Ils varient en fonction de l'étiologie, du type de plaie, de la thérapeutique mise en place, de la douleur induite pendant les soins (ou/et présente autour du soin) et de l'attention que l'on porte ou non à l'anxiété qui l'accompagne. Le soignant va apporter en plus du soin technique, une prise en charge psychologique et émotionnelle.

2.3.2 La pratique de l'hypnose dans la prise en charge des plaies

Selon Cavro « Quand on a mal, on n'entend plus, on ne parle plus, on ne pense plus, on éprouve. Le patient se focalise sur sa zone algique, surinvestit la sensation douloureuse, mais n'associe plus. » (22)

Les douleurs induites pendant les soins peuvent être définies comme des douleurs de courte durée, causées par le praticien ou par une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisible et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées. Or, nous l'avons vu précédemment, la douleur est multiple. Si elle est liée au geste technique, elle dépend aussi de bien d'autres facteurs, physiques, émotionnels, environnementaux, et surtout de la relation patient-soignant.

« Durant un soin douloureux, plusieurs mécanismes s'activent selon Paul Henri MAMBOUG, psychiatre et Président de l'Institut Milton Erickson de Liège:

- une hyper focalisation de l'attention sur le soin et sur la douleur
- une dépotentialisation de la conscience : les (pré)occupations habituelles disparaissent momentanément
- la création d'un nouveau contexte fait de confusions et de recherches de repères réorientant les perceptions et les références internes
- l'apparition de nouvelles réponses comportementales et nouvelles croyances. » (23)

Pour Toussaint et all « L'hypnose médicale est donc un moyen thérapeutique parmi d'autres qui présente un intérêt certain dans la prise en charge des douleurs aiguës iatrogènes et

chroniques liées aux plaies. Elle s'inscrit comme un traitement adjuvant et non substitutif dont l'utilisation remet au cœur de notre travail l'importance de la dimension relationnelle et communicationnelle dans la prise en charge de nos patients.» (24)

L'hypnoanalgésie

L'hypnoanalgésie par la modulation de la douleur et de l'anxiété, va diminuer l'anticipation douloureuse, améliorer les ressentis du patient, et lui permettre de vivre le moment du soin différemment.

Pour Bioy l'hypnoanalgésie intervient à deux niveaux en permettant de diminuer le message douloureux (sans être dépendante de la production des opioïdes endogènes – c'est-à-dire des opioïdes présents et produits par le corps) et en inhibent également l'expression douloureuse (système inhibiteur endogène de la douleur). (2)

Benhaiem, lui, définit ainsi l'hypnose thérapeutique comme une expérience relationnelle mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques permettant à l'individu de supprimer, d'atténuer ou de mieux vivre une pathologie douloureuse aiguë ou chronique.⁶

L'objectif est de permettre au patient de sortir de « sa transe négative » afin d'éviter l'amplification et la chronicité de celle-ci.

La notion de transe spontanée négative « est un abus de langage, il ne s'agit pas en soi d'une transe mais de la focalisation du sujet sur des éléments qui provoque des désagréments ou un inconfort. » (communication personnelle Antoine Bioy mai 2018)

Pour Virot et Bernard, la transe spontanée négative est la focalisation et la fixation de l'attention sur des émotions dites négatives. (8) Le patient est comme bloqué dans des perceptions restreintes, déformées, confuses ; il est suggestible et concentré sur ses affects et pensées négatives. C'est ainsi que j'utiliserai par convention quelques fois cette expression dans cet écrit, comme une forme de raccourci pour désigner l'ensemble du processus de focalisation négative.

Le processus d'adaptation met plus de temps à trouver des solutions permettant d'intégrer les modifications corporelles et ou émotionnelles. La personne est focalisée sur un état émotionnel ou perceptuel négatif. Elle prend difficilement du recul face à une situation,

⁶ Les applications de l'hypnose dans la douleur aiguë induite par les soins <http://www.cnrdr.fr/Les-applications-de-l-hypnose-dans.htm> (consulté le 26/03/2018)

l'imaginaire jouant un rôle amplificateur négatif. Le patient reste focalisé sur sa difficulté et son vécu. Son état « négatif » risque de s'amplifier et de s'accentuer dans le temps.

Les soins sont vécus difficilement. Le patient n'est ni participant, ni acteur. Il reste focalisé dans sa difficulté, son émotion, son ressenti. Sa conscience critique devient sélective. Il est comme dépassé, devant une situation qui lui semble inaccessible aux soins. Ce mécanisme peut entraîner alors des réminiscences, des anticipations anxieuses. Sa conscience ne lui permet plus de s'adapter. L'hypnose est un support dans le cadre d'une relation, un outil d'accompagnement du patient vers ses propres ressources. Selon Chaboche et Bordenave, « là où le patient est focalisé sur sa douleur, hypnotisé négativement, nous l'invitons à ce qu'il quitte son mode de perception restreint au profit de nouvelles possibilités. Il ne voyait qu'une couleur, celle de la plainte, on lui propose un arc en ciel fait de diverses possibilités. » (25)

Pour Cavro « La transe négative se caractérise par un état de conditionnement ou de fixation sensorielle. (...) Elle peut également s'observer en cas de douleur aiguë au travers d'une focalisation anxieuse ou douloureuse. Il convient de souligner que cet état présente les mêmes caractéristiques phénoménologiques que la transe hypnotique ; il est donc possible de la prendre comme point de départ pour installer l'hypnose thérapeutique et la travailler dans le sens d'un soulagement plus ou moins important. » (6)

La transe permet, par la modification de ses perceptions, par un mouvement psychique et physique, d'ouvrir des possibilités là où le symptôme avait immobilisé le sujet dans sa vie. « Nous nous rappelons les événements prioritairement en fonction du contexte émotionnel dans lequel ils se sont déroulés, et par ailleurs, l'accès à la mémoire se fait davantage sur les facteurs émotionnels. » (7)

L'hypnose apporte la possibilité du mouvement là où le patient est dépassé par son problème, de faire autre chose, autrement, avec un autre regard, une autre approche, une autre distance, en modifiant ses perceptions. Il devient plus présent à ses propres ressources, plutôt qu'à ce qui l'empêche de vivre.

PROBLEMATIQUE

La prise en charge du patient lors des premiers pansements à domicile

Le concept de « prendre soin » (traduction du verbe « to care ») est défini par Walter HESBEEEN, docteur en santé publique comme « une attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation qui lui est particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé.» (10)

Les pansements de plaies chroniques ou aiguës à domicile font partie de mon quotidien de soignante.

Je suis confrontée à plusieurs difficultés dans la prise en charge du patient à domicile :

- pas de médecin prescripteur pour modifier rapidement une thérapeutique antalgique médicamenteuse,
- pas de structure qui apporte un côté rassurant au soin,
- pour le patient, non observance, mauvaise compréhension de la thérapeutique, des prescriptions (il respecte ou pas le protocole établi).
- pour le soignant, pas de confrère sur place pour réaliser les soins complexes à deux, tout en respectant les règles d'aseptie.
- l'ergonomie de travail, pour la réalisation de l'acte technique, pour la confidentialité des échanges (membres de la famille présents).

La présence de la douleur physique et/ou morale au moment de la réfection du pansement est souvent au rendez-vous. Il m'est arrivé de me sentir démunie face à celle-ci.

Je me suis donc demandé quel peut être l'intérêt de l'hypnose pour prendre en charge dès le premier soin un patient focalisé négativement sur sa douleur et/ou son anxiété ? L'approche hypnotique a-t-elle une incidence dans la poursuite des soins pour le patient et le soignant ?

2^{ème} Partie : CAS CLINIQUES

1 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Je présente ici différents trois cas cliniques de réfection de pansements de plaies aiguës.

Les patients sont de retour à domicile depuis moins de 72 heures, ils ne présentent pas de douleur chronique. Il s'agit pour chacun d'entre eux de pansements post opératoires, suite à chirurgie programmée. L'hypnose leur est proposée car j'ai remarqué chez eux une focalisation négative dès la première réfection de leur pansement.

L'hypnose va avoir pour objectif de défocaliser le patient. L'alchimie entre le cadre, le contexte, la motivation, la demande, le lien, l'adhésion du patient et la qualité de la rencontre va permettre de créer ensuite un état de conscience réceptif aux suggestions thérapeutiques. En observant les réactions du patient à ces suggestions, le soignant va le guider vers le changement, le remettre au centre de sa vie, de ses choix, de ses possibles.

Nous verrons comment leur prise en charge en hypnose leur a permis de dépasser leurs difficultés initiales et en quoi son usage en début de prise en charge peut améliorer la suite des soins, pour le patient et le soignant.

1.1 Présentation du cadre de la rencontre : le domicile

1.1.1 Cadre des rencontres

1.1.1.1 Lieu

Exerçant uniquement en libéral auprès de patients habitants en zone semi-rurale, intervenir en dehors de la structure habituelle du soin infirmier (service, structure, établissement de soins) est devenu mon cadre, je devrais dire celui du patient. La relation infirmier/patient y est probablement plus équilibrée qu'en structure de soin car le patient est chez lui, dans la sécurité de son domaine familial. C'est au soignant de s'adapter au cadre du patient, dans le respect de son intimité. J'interviens à sa demande, dans le cadre d'une prescription médicale de soins.

La situation peut être ambivalente : le patient est chez lui, dans un lieu qu'il connaît, et en même temps il peut arriver que le contexte « médical » hospitalier lui semble plus sécurisant avec l'illusion d'un accès facilité au médecin, à un plateau technique, à une sonnette installée à la tête du lit qui sur une simple pression du doigt permet une réponse. A domicile, c'est à

l'infirmière de définir un nouveau cadre, de nouvelles propositions, leur permettant de réinvestir leur lieu. Son statut au sein de son environnement étant modifié, le patient doit retrouver une place dans son cadre de vie. Il faut permettre à chacun de trouver une place, sa place comme père/mère/conjoint/parent/enfant, un statut social, un rôle, son rôle.

La relation établie avec le patient est basée sur la confiance au travers d'une relation sécurisante. La relation unique entre le soignant et le soigné, la présence, la vigilance et les compétences du praticien, son adaptation au patient, vont permettre au soignant de détecter et d'identifier les besoins du patient, son état émotionnel. Cette attention, permet de nous adapter en permanence, et renforce l'alliance thérapeutique au patient de (re)trouver des capacités, des possibles.

1.1.1.2 Installation

La technique de soins est adaptée en fonction de la place qui nous est accordée par le patient. Celui-ci indique le lieu où il souhaite que le soin soit réalisé. Dans la mesure du possible et lorsque l'état général du patient le permet, la réalisation du soin, en position assise, en face à face, est privilégiée. C'est une proposition faite au patient, il est libre de l'accepter. Cela présente plusieurs avantages :

- Utilisation de la table comme plan de travail, bonne lumière, ergonomie pour le praticien et le patient.
- Etre au même niveau que le patient, voire plus bas, en fonction de la localisation de la plaie.
- Possibilité pour le conjoint d'être présent et d'aider, si le couple est d'accord.

En effet, le domicile disposant rarement d'un lit à hauteur variable, il est difficile de travailler dans des conditions confortables dans une chambre où il n'existe que rarement une table pour installer mon matériel, sans parler de la présence de moquette (hygiène), d'une lumière suffisante, me permettant de travailler en toute sécurité tant pour le patient que pour moi.

La position face à face me permet de pouvoir observer le patient dans sa globalité y compris son langage corporel : position sur sa chaise, sa respiration, son faciès. La distance patient soignant correspond à celle nécessaire à la réalisation du soin, celle de l'intimité. Je suis amenée à toucher le patient de façon directe (par le toucher) ou indirecte (par le biais d'un instrument, d'une compresse). Le face à face va permettre au patient de se positionner comme un co-acteur, au même niveau que le praticien, et lui permettre de trouver son autonomie.

1.1.1.3 Choix du praticien

Dans tous les cas présentés c'est le patient qui a choisi son infirmière. Les patients me connaissaient auparavant, suite à des interventions à leur domicile ou à celui d'un de leurs proches. Une relation de confiance s'était déjà tissée auparavant, pour des soins prodigués lors d'autres affections pour eux ou pour un membre de sa famille. Les patients n'avaient alors pas connaissance de ma pratique en hypnose lors de la prise de rendez vous.

1.1.2 La réfection de pansement

C'est un soin habituel dans ma pratique professionnelle. Sa prise en charge demande des compétences relationnelles, techniques et théoriques. Dans ce cadre, je m'organise pour réaliser le soin technique et la prise en charge hypnotique, ce qui me demande de maîtriser mon geste tout en étant attentive à mon patient. S'il est difficile de réaliser deux actions simultanément de façon satisfaisante, il m'arrive de décaler l'une ou l'autre en fonction de la priorité qui se présente à moi, ou de les utiliser en parallèle, comme une ponctuation dans une phrase, comme le fait la respiration entre différentes phases, inspirer, expirer, et s'offrir des pauses.

Dans les cas cliniques présentés, les outils hypnotiques se sont imposés à moi comme une évidence, une nouvelle voie nécessaire au soulagement du patient. Les séances d'hypnose formelle n'ont pas été programmées, elles ont été mises en place « à chaud » face à la détresse du patient, à une douleur ou une angoisse sur lesquelles le patient se focalisait.

Elles se sont imposées à moi, ou plutôt se sont imposées à nous comme une possibilité d'évolution pour le patient. Je l'ai utilisée comme j'aurais pu utiliser un type de pansement plus adéquat, plus adapté à un moment précis, dans un cadre précis, dans une situation précise, avec un patient précis, à telle étape de l'évolution d'une plaie. J'ai utilisé, conformément à mon éthique, l'hypnose comme un complément à mes soins infirmiers « classiques ».

Mon objectif est de prendre en charge le patient dans sa globalité psycho-corporelle pour améliorer son ressenti au moment du soin, pour les prochains pansements et au-delà du pansement. La possibilité de l'hypnose s'est parfois imposée à moi, comme un outil complémentaire pour me mettre au niveau du patient, et lui permettre d'aller au-delà d'une forme de blocage sur des pensées, des sensations et des émotions négatives.

Cette approche me permet également de me sentir moins démunie face à une douleur physique ou morale qui le submerge. Par la modulation du ressenti du patient, la réalisation de l'acte va être plus supportable, plus confortable pour lui ; les soins techniques vont pouvoir se dérouler dans une ambiance plus sereine pour les deux parties, et tout cela va faciliter mon travail du moment et à venir.

C'est un investissement sur le présent et sur le futur des soins et de la relation dont j'espère moins de stress, moins de douleur, plus de confort d'abord pour le patient mais aussi pour le soignant.

1.1.3 Outils hypnotiques utilisés

J'utilise au quotidien l'hypnose conversationnelle lors de mes rendez-vous avec les patients. Dans le cadre de la recherche présente, j'ai choisi de prendre des cas cliniques pour lesquels l'hypnose formelle a été en mise en place lors des premiers soins. Elle a été proposée avant et parfois après la réalisation technique du soin en fonction des besoins du patient. Son utilisation était non programmée initialement.

1.2 Description de la population : typologie des patients pris en charge

Choix des patients - les critères d'inclusion :

Je prends le parti de n'inclure que des patients en début de prise en charge, présentant une douleur aiguë physique ou/et une souffrance émotionnelle, lors de ma visite. Les patients n'ont pas de douleur chronique en liaison avec les soins pour lesquels ils m'ont contactée. Je vais pouvoir les suivre durablement, ce qui va me permettre de prendre du recul, et d'observer leur évolution à court et moyen termes.

Les sujets ne présentent pas de troubles auditifs et maîtrisent la langue française. Aucun n'a bénéficié de séance d'hypnose auparavant. Je rapporte ici l'expérience de séances d'hypnose, chez trois patients différents.

1.2.1 Mr P., pansement d'amputation d'un gros orteil

Monsieur P., la soixantaine, jeune retraité, dynamique.

Il aime bricoler, aller à la pêche et partir en vacances.

Il me raconte qu'il s'est fait une petite plaie sur le gros orteil gauche il y a plusieurs mois.

Il a fait ses pansements avec l'aide de sa femme qui ne travaille pas. La plaie n'était pas douloureuse et ne l'alarmait pas.

Diabétique insulino-dépendant, il réalise seul sa prise en charge diabétique. Suite à une consultation mensuelle avec son médecin, des examens complémentaires sont effectués et il est décidé d'amputer son orteil.

A mon arrivée, ce patient m'accueille sur un fauteuil roulant, la jambe du côté opéré surélevée. Lui, d'une tendance joviale d'habitude est grimaçant. C'est son premier pansement depuis son retour à la maison. Il est fraîchement opéré et les premiers pansements réalisés pendant l'hospitalisation se sont mal déroulés, il est très algique.

1.2.2 Mme S., pansement au niveau du sein avec drain de redon en place

Mme S m'a contactée pour la réfection d'un pansement suite à une segmentectomie du sein avec curage axillaire. C'est une patiente de 70 ans, souriante, petite et menue. Elle a l'habitude de beaucoup marcher. Elle habite un petit pavillon avec son époux. Elle connaît bien le monde hospitalier et la maladie puisqu'elle a déjà eu deux cancers, le dernier il y a environ 8 ans, et j'avais effectué alors sa prise en charge oncologique.

Malgré son intervention récente, je la trouve avec une belle amplitude au niveau des mouvements des bras, elle porte un petit sac sur l'épaule qui contient le redon permettant l'évacuation des exsudats de l'intervention. Son époux est présent. Le balancement des bras pendant la marche est bon, signe plutôt rassurant qui laisse à penser qu'elle ne souffre pas trop. Elle prend son traitement antalgique, dont nous évaluons l'efficacité et les effets secondaires. En effet, je sais qu'elle souffre de constipation chronique suite à des séquelles de radiothérapie pour sa précédente pathologie. Nous profitons de son premier pansement à domicile pour lui permettre de voir sa cicatrice comme elle le souhaite. Son mari nous rejoint à la salle de bain pour la découvrir. J'essaie de trouver les mots justes pour les accompagner.

Le pansement sera alors réalisé dans un second temps, dans une atmosphère détendue ; avec toutefois les inquiétudes verbalisées par la patiente sur le probable chemin thérapeutique difficile qui l'attend, et qu'elle connaît bien.

1.2.3 Mme H, pansement post opératoire d'un hallux valgus

Mme H, 72 ans, je la connais peu. J'ai déjà suivi son époux il y a quelques années. Je la prends en charge 48 heures après son retour à la maison.

Ma collègue, qui l'a prise en charge le premier jour pour l'injection d'anticoagulant en prévention de la phlébite, me signale un problème concernant une hypnoesthésie de sa jambe opérée d'un hallus valgus sous rachi-anesthésie. Il est prévu que la patiente retourne au centre hospitalier si elle ne récupère pas la sensibilité au niveau de son pied dans les 48 heures.

A mon arrivée, la patiente n'a pas de douleur physique, elle utilise toutefois deux béquilles pour la marche.

Généralement, les patients qui subissent cette intervention peuvent marcher avec une chaussure de décharge, sans aucune béquille.

Son anxiété est très importante, elle craint de devoir repartir à l'hôpital, en cas d'hypnoesthésie persistante.

2 PRESENTATION DES CAS CLINIQUES

2.1 Mr. P : Pansement suite à une amputation du gros orteil chez un patient diabétique

Le patient qui m'appelle pour son 3ème pansement post-opératoire. Il est rentré la veille à domicile. Son amputation est récente, les deux premiers pansements ont été réalisés pendant son hospitalisation. Il s'agit d'un homme valide, bricoleur qui part en forêt faire son bois, et pêcher. Jeune retraité très actif, il profite de ce temps de retraite pour traverser la France en camping-car. Il vit en couple, les enfants sont indépendants et vivent à l'autre bout de la France.

A mon arrivée je le découvre assis sur un fauteuil roulant, la jambe surélevée et le pied emballé sous un large pansement.

Le matériel et les prescriptions médicales sont étalés sur la table de la salle à manger et m'attendent.

L'entretien préalable

Je trouve un homme dont les traits sont tirés, les épaules tombantes en avant, un pied emballé.

Sa femme se retrouve derrière moi, et sa première question est :

« Vous croyez qu'on peut partir en vacances dans 3 semaines ? »

Je propose alors de nous installer, de prendre connaissance des prescriptions, et surtout de l'état de son pied avant de pouvoir répondre.

Nous nous disposons auprès de la table de la salle à manger, ma chaise en face de son fauteuil.

Je demande au patient de me raconter l'histoire qui m'amène aujourd'hui en face de lui.

Une plaie qu'il a pris en charge avec sa femme depuis plusieurs semaines, le pied n'était pas douloureux mais des examens médicaux indiquaient la nécessité d'amputation et « me voilà ».

Il me montre de la main alors sa jambe, son fauteuil...

Le pied est mis en décharge afin d'améliorer la cicatrisation, il ne doit pas marcher dessus.

Je lui demande ensuite comment se sont déroulés les deux premiers pansements à l'hôpital.

« Très mal ! Cela s'est mal passé, c'est très douloureux ! Vous n'allez pas me croire, j'ai mal à mon orteil tout le temps, et encore plus quand on y touche. »

Il souffre de douleurs diffuses dans la jambe et surtout dans son orteil amputé.

J'organise mon matériel et mon intervention et lui demande comment il prend son traitement antalgique, afin de l'évaluer et de l'ajuster si besoin avec lui et le médecin traitant.

L'installation

Je suis prête pour le geste technique, le patient est dans une position d'attente. Le matériel est installé sur le côté, posé sur la table.

Alors que je retire l'épais et volumineux pansement, M P me dit :

« Je souhaite juste être soulagé, j'ai mal tout le temps, même avec les médicaments. »

Le pied est presque à l'air, il ne reste que la compresse posée à l'emplacement de l'orteil manquant. A la façon dont elle adhère, je sais, par expérience, que le moment du retrait risque d'être douloureux. Je n'ai pas encore commencé le geste que mon patient met ses mains en protection sur sa jambe, sa douleur est très présente - alors que mon soin n'a pas commencé à proprement parler, le patient est visiblement submergé par sa douleur. Je comprends alors par sa position, son regard qu'il n'est pas possible pour lui à cet instant de poursuivre le soin, son discours est focalisé sur sa douleur, son corps tout entier est raide, tendu, immobile, la façon dont il essaie de se protéger de ce qui va se passer le renvoi probablement à son expérience mal vécue lors des premiers soins réalisés dans le cadre hospitalier.

Je remonte simplement mon torse (j'étais penchée auparavant sur son pied pour débiter le soin). Je m'adosse à ma chaise et mets une certaine distance entre nous. Je décide alors de reposer mes pinces, j'ai encore des gants sur les mains. J'ai arrêté le soin pour permettre au patient de souffler, de se recentrer, pour lui permettre de pouvoir lui rendre ce moment plus supportable. J'offre au patient du temps, la possibilité de prendre de la distance avec ce qui aurait pu se passer, je casse le rythme du soin, pour lui permettre de se poser et de sortir de cette sorte de transe négative.

Son regard est interrogatif et en même temps il est visiblement un peu plus rassuré, d'autant plus qu'il a une totale confiance en moi. Je lui propose alors de faire une pause pour lui permettre de vivre une nouvelle expérience afin que les choses soient plus faciles. Je l'invite à s'installer confortablement, de retrouver « sa » position dans son fauteuil. Sa jambe est restée surélevée pour la réfection de pansement.

« Êtes-vous confortablement installé en ce moment ? »

« Oui » Ses épaules se sont relâchées. Son dos s'est posé sur le dossier de son fauteuil. Son sourire m'incite à poursuivre.

Cette simple proposition, la modification du temps de travail, de mon corps a suffi à créer un « effet de surprise », un moment inattendu qui modifie ses perceptions et anticipations : il ne s'attendait pas à ma proposition – tant non verbale que verbale. Le patient est en train de se défocaliser de sa douleur, de son appréhension du soin.

L'induction

En arrivant devant la maison de mon patient, j'avais remarqué son camping-car garé devant la porte d'entrée. Je demande alors au patient si c'est son lieu de parking habituel. Il me répond que non, qu'il est juste là pour le préparer à ses prochaines sorties. Me revient à l'esprit la question de son épouse à mon arrivée...

Mr P est déjà plus détendu, je lui propose de prendre conscience de l'ampleur de sa respiration et du passage de l'air dans son nez, qui se réchauffe, qui descend dans ses poumons pour ressortir et évacuer tout ce qu'il a à évacuer.

« Et vous pouvez profiter de cet instant, tranquillement, à votre rythme » (Lui proposer de se concentrer sur sa respiration lui a permis de sortir de sa focalisation négative.)

« Et vous profitez de ce temps, pour prendre conscience de chaque mouvement, de votre thorax, (pause...), et, à votre rythme vous pouvez commencer à ressentir, calmement, les mouvements de vos poumons, la façon dont ils se gonflent et se dégonflent, comment ce rythme est rassurant et comment il vous permet de vous sentir, à chaque expiration, encore plus tranquille. Et vous pouvez à présent profiter de cet instant. » (pause) Mr P ferme instinctivement les yeux.

« Parfait ; et parce que c'est plus facile, vous pouvez garder les yeux fermés pour mieux vous concentrer encore, (pause), et profiter encore plus profondément de ce moment.(pause). Je vous propose à présent de faire « comme si ». Comme si vous alliez partir en voyage. Et vous allez vous voir ou vous imaginer en train de préparer vos affaires, vos bagages. (pause) Vous pouvez peut-être le planifier. Peut-être préparer vos bagages (pause). Et lorsque vous serez prêt, vous pourrez me le signaler en soulevant l'un de vos doigts. (Après quelques secondes un doigt se lève). Parfait, maintenant que vous êtes prêt, vous allez pouvoir rejoindre votre véhicule, (pause). Y déposer vos valises, peut être le matériel pour la cuisine ou celui pour la pêche, je ne sais pas ; ce qui vous est nécessaire, ou pas (pause) ou Je ne sais pas... (pause). Je vous laisse profiter de ce moment agréable qui signifie combien c'est agréable de partir en voyage, (pause...) ou simplement permettre de pouvoir voyager et profiter de moments agréables, encore plus confortables. (pause, sa respiration est alors ample et calme,

les bras sont posés et détendus sur ses cuisses, ses traits du visage sont posés). » (Distorsion du temps)

La transe

« Je vous propose à présent de vous mettre au volant de votre véhicule. (pause) Et vous allez pouvoir voyager, retourner dans un endroit que vous connaissez peut être ou que vous aimeriez aller voir. Un peu comme pour aller à la pêche, avec de l'eau, une rivière, un lac ou peut-être la mer, ce qui vous convient, (pause) et lorsque vous l'aurez trouvé vous pourrez me le signaler en bougeant un doigt. (Pause, un doigt de Mr P se lève alors. Il s'agit de proposer au patient, de lui permettre d'être acteur de la démarche. Le patient renforce la dissociation, il s'autorise à vivre autre chose. Le signaling me permet alors de pouvoir le suivre à son rythme, dans son cheminement et certainement, de renforcer sa propre évolution, d'augmenter l'alliance thérapeutique).

« Très bien, vous allez pouvoir profiter de cette eau. Vous profitez de ce temps idéal, la juste température, celle qui vous convient le mieux, cette lumière, ces bruits, tout y est agréable, (pause) et en même temps, vous pouvez imaginer pouvoir profiter encore plus de cette eau. (Il s'agit pour moi de renforcer le côté agréable, et confortable, de lui laisser le temps pour l'éprouver). Un peu comme lorsque l'on est enfant (régression en âge, à la découverte des sensations, où tout est possible) et que l'on met ses pieds dans l'eau. Et vous allez pouvoir mettre vos pieds dans l'eau, de la façon la plus agréable pour vous. Et vous pourrez profiter du contact de l'eau. L'eau qui allège (possibilité de création de nouvelles sensations et émotions). Percevoir la sensation de ses mouvements, (pause) de sa température. (pause) Et tout devient encore plus confortable, agréable, la juste température, celle qui vous fait du bien. (pause) Et alors que vos pieds profitent de ce moment agréable (pause). Je vais poser ma main sur le dessus de votre pied, (je pose doucement ma main gantée sur le dessus de son pied), et son contact vous apporte la possibilité d'encre plus de confort. Et je vous laisse profiter de ce moment. (Pause) Chaque fois qu'elle se posera à cet endroit vous pourrez retrouver encore plus profondément ce confort, cette sensation confortable, agréable (pause). Vous pouvez à présent, ou un peu plus tard, à travers vos paupières fermées, regarder vos orteils, tous vos orteils (améliorer le schéma corporel), et les faire bouger, un par un, ou tous ensemble (pause). (Remettre du mouvement dans son corps). Jouer à les faire bouger, puis profiter des mouvements de l'eau, de ses reflets, de sa douceur. Et comme une herbe sur la berge, ou toute autre chose, le mouvement de ma compresse sur votre peau suit... comme les mouvements de l'eau... vont pouvoir vous accompagner dans toutes ses sensations agréables (utilisation

d'une image métaphorique pour lui permettre de mieux vivre le moment du soin). Vous pouvez être surpris de sentir de nouvelles sensations, ou en retrouver d'agréables plus anciennes, ou nouvelles (pause). Et un peu comme la caresse d'un poisson, d'une herbe, d'une vague qui effleurait votre peau, tellement agréable et confortable, comme le fait le passage de ma compresse, confortablement... et vous profitez de ce moment... (Je profite de ce temps pour nettoyer la plaie et je pose ma compresse.) Et pour profiter encore plus de ce moment, je repose ma main au même endroit, sur le dessus du pied, (pause, il s'agit de créer un ancrage positif corporel et émotionnel) encore plus confortablement, et vous pourrez retrouver cette sensation à chaque fois que ma main se posera à cet endroit, pour vous permettre de trouver cette sensation confortable. Et vous pouvez profiter de ce moment.

Et je vous laisse profiter de ce moment pendant que je réalise votre soin, tranquillement, confortablement. » (Je finis alors le pansement).

Le retour

« Et vous allez pouvoir profiter de vos nouvelles sensations, les retrouver juste en fermant les yeux, en vous recentrant sur votre respiration, et remettre vos pieds dans l'eau, ou tout autre chose, simplement, tranquillement, confortablement. (Pause, suggestion post hypnotique) (Ma voix se fait plus présente, le rythme un peu plus soutenu.) Et vous allez pouvoir reprendre le cours de votre journée, reprendre contact avec votre fauteuil, avec les bruits autour de nous, tout en gardant cette sensation agréable que vous pourrez retrouver juste en remettant vos pieds dans l'eau ou en sentant ma main sur le dessus de votre pied, confortablement (pause). Simplement revenir à côté de moi, respirer, prendre conscience de vos jambes, de vos bras, de votre dos contre le dossier de votre fauteuil (je laisse le patient revenir à son rythme). Parfait.»

Le patient ouvre les yeux et arbore un large sourire à ses lèvres, il est détendu. Je n'ai évoqué l'hypnose qu'après la fin du soin. Sourire du patient, il me dit être surpris d'avoir été capable d'avoir fait « ça »: de se mettre en hypnose alors que, non, il n'y croyait pas « en l'hypnose, celle de la télé ». Il est surpris que le soin soit fait et « déjà fini ! ». Il ne parle pas de douleur, seulement de sa surprise du pansement déjà fini. Le fait qu'il ait senti son orteil, comme avant. Son corps est ouvert, calme. Le patient ne parle plus de douleur.

Je reprends avec lui les notions de renforcement de l'expérience vécue par la possibilité de l'autohypnose, en prenant le chemin qu'il vient de découvrir : s'installer le plus confortablement, être à l'écoute de sa respiration, et se mettre au bord de l'eau, y plonger les pieds, regarder ses pieds ressentir des sensations agréables. Visualiser ses pieds dans l'eau, ressentir ce moment agréable, qu'il pourra également réactiver et amplifier lorsque je poserai

ma main les prochaines fois, ou simplement en imaginant que celle-ci se pose au même endroit que tout à l'heure.

Le patient est détendu, je le quitte, il est souriant.

Discussion

J'arrive au 3ème pansement post-amputation. Le patient est là avec sa douleur avant même mon intervention et la mémorisation négative de ses premiers pansements. J'ai bien la notion d'une anticipation négative sur les prochains pansements.

Je peux lire une forme de détresse dans son regard en plus de ses douleurs. Il ne souhaite pas qu'on le touche. Il n'est pas ouvert à discuter mais est prêt à écouter. Je ne vois pas comment réaliser le soin dans des conditions acceptables pour le patient. Il est trop algique et le moindre contact physique, même à distance de la plaie, est douloureux. Mon objectif, à ce moment là, est de pouvoir changer le pansement dans de bonnes conditions pour le patient et pour moi, et de pouvoir le soulager.

- La gestion de la douleur passe par une prise en charge globale de Mr P. afin de réduire l'anxiété, les peurs, les sensations douloureuses. Ces composantes sont intriquées. En effet selon Bioy après une blessure les signaux émis par les cellules périphériques contenant les récepteurs à la douleur sont amplifiés. Ces signaux d'entrées exagérées peuvent mener à une douleur pathologique. (...). (15)

Chaque étape du soin est intégrée au discours et aux métaphores utilisées pendant la transe. Le patient peut ainsi parcourir son chemin de modification des perceptions et des émotions. Selon le cas, il peut soit moins ressentir ce qui se passe sur le moment, soit en jouer autrement par la modification des perceptions :

- Par la possibilité de modifier la température de l'eau, les sensations « différentes », de plus en plus confortables et de moduler les sensations.

- Par la possibilité de retrouver une sorte d'intégrité corporelle, de reconnecter les fils de ses sensations. Je décide alors de lui proposer de visualiser ses pieds, tous ses orteils, confortablement, dans l'eau. La visualisation de l'orteil était pour moi l'idée de me rapprocher de la notion de boîte à miroir utilisée dans les douleurs du membre fantôme afin de soulager les douleurs neuropathiques dont je connaissais le fonctionnement avant d'en lire également une description faite par le Dr Patrick BELLET (2015),

« Cette image virtuelle reconstitue l'intégrité corporelle du sujet. Le cerveau voit cette image transmise par les yeux, il voit aussi la boîte, il « sait » que ce n'est qu'une reconstruction ; un décor, « un trompe l'œil » efficace. Ce travestissement ne le choque pas, ne le trouble pas ; il l'apaise. » (26)

Le fait de regarder ses deux pieds en imagination me suggère que, peut être comme dans les techniques de l'utilisation de la boîte miroir utilisées dans les traitements des membres fantômes, l'illusion hypnotique peut réparer le schéma corporel du patient. Si le cerveau peut avoir l'illusion de récupérer une intégrité corporelle, de modifier sa plasticité, il est possible que la transe permettrait de créer l'hallucination et de récupérer cette intégrité. Mr P regardait ses pieds à travers ses paupières fermées et, dissocié, il profitait de son bain de pied, de la vue, de la température, de la sensation du mouvement de l'eau. Il pouvait recréer du mouvement avec son orteil, des sensations, des moments confortables, agréables, renforcés avec la pause de l'ancrage, qui peut être considéré comme étant « la liaison d'un état interne à une situation physique. La technique d'ancrage consiste pour un sujet à réaliser un acte (faire un geste donné) pour retrouver, en hypnose ou en autohypnose, l'état auquel l'acte a été au préalable associé. Par exemple, la fermeture d'un poing que l'on lie, associe, à un état de bien être ressenti au moment où le geste est effectué. ⁷

Installation d'un ancrage :

La main sur le pied, pour intensifier la sensation confortable, et surtout, pour moi lors des prochains pansements, permet de réactiver au moment des gestes plus douloureux, cette sensation confortable pendant la réfection du pansement. J'ai installé cet ancrage à l'endroit précis où se pose ma main habituellement pour réaliser ce soin ; elle me permet de stabiliser le pied du patient, de le sentir réagir alors que mes yeux sont dirigés sur le geste que je suis en train de réaliser, lors d'un moment technique parfois douloureux. Je pense que l'ancrage était surtout prévu pour moi afin de disposer lors des prochains soins d'un outil pratique et rapide de renforcement. Accompagné simplement d'une phrase comme une mélodie, il ne laisse pas de place au doute ou à la peur (celle du patient, et probablement la mienne, celle de déclencher ou d'augmenter des douleurs au moment d'un geste technique). Je touche, exactement à l'endroit dont je sais que, lors des prochains pansements, ma main retrouvera sur ce point d'appui ; cet ancrage qui m'apporte la précision dans mon geste, la connexion aux sensations et réactions déclenchées par mon geste.

⁷ Institut Français d'Hypnose

<https://www.hypnose.fr/hypnose/lexique-hypnose/#hypnoanalgesie> (consulté le 18/02/2018)

Les pansements suivants

Réactivé par cet ancrage lors des pansements suivants, le vécu de confort est plus facile à retrouver. Il permet probablement de diminuer des mémorisations négatives, et peut être de proposer par le biais de l'hypnose et l'autohypnose l'élaboration d'un souvenir positif.

Il est important de vérifier et de réajuster le traitement médical à chaque visite.

A ma surprise, le patient sentait tous ses orteils après la première séance, y compris celui amputé. Le travail en hypnose lui a permis d'être plus serein lors de la réalisation des soins et également en dehors.

J'ai pu à chaque pansement suivant réutiliser l'ancrage pour améliorer le confort du patient, diminuer ses anticipations douloureuses, permettre une modification de ses ressentis. La prise de photos de la plaie en parallèle, lui a permis également de prendre conscience de l'évolution favorable de celle-ci, de discuter ensemble de l'évolution, de lui expliquer mes choix thérapeutiques, de l'intérêt des soins, de la modification de ses ressentis. Je l'ai également encouragé à poursuivre l'autohypnose. Selon le patient, au début, « C'était pas pareil, il manquait votre voix ». Mais il a su utiliser par mes encouragements, ses propres ressources, son propre chemin en totale autonomie. La prise en charge du patient a été plus simple pour moi, la charge émotionnelle négative à gérer a progressivement diminuée, pour devenir complètement positive au fil des soins. L'hypnose m'a permis un meilleur accompagnement, et la réalisation d'actes considérés comme potentiellement douloureux (mise à plat de la plaie: défibrinage au bistouri, à la curette) dans d'excellentes conditions, avec un temps technique diminué par le confort du patient. Si la première séance d'hypnose a été la plus longue, les séances ultérieures ont été facilitées et probablement plus brèves qu'elles ne l'auraient été sans l'outil hypnotique.

Apports de l'hypnose en début de prise en charge

Je prévois toujours plus de temps pour le premier pansement à la maison. C'est souvent le rendez vous le plus long dans la prise en charge des soins, celui par lequel chacun prend ses marques. La première impression, tant pour le patient que pour le praticien, reste souvent déterminante pour la suite de la prise en charge, elle impacte chacune des parties. Et ce premier rendez vous demande de rentrer en communication avec le patient et ses ressources pour créer l'alliance thérapeutique, installer un cadre, permettre à chaque partie de trouver sa place et son rôle.

Face à un patient en focalisation négative, l'hypnose conversationnelle peut ne pas suffire. Le recours à l'hypnose formelle a permis à Mr P de modifier ses perceptions et de sortir de sa

focalisation négative dans laquelle il se trouvait. En effet, son attention était orientée vers sa sensation douloureuse, et aussi vers la représentation et la mise en perspective d'une douleur potentielle.

Par l'hypnose, le patient devient acteur pendant et après les soins. Il s'agit de faire quelque chose, penser -panser- autrement. La suggestion, la visualisation permettent l'activation du processus neuropsychologique visant à contrôler et retrouver de bonnes sensations : toucher sa jambe, toucher son pied afin de provoquer des influx nerveux non douloureux en regardant et en éprouvant toutes les autres sensations : repartir en camping-car, tremper ses pieds dans l'eau. Le recours à l'hypnose depuis le premier soin m'a permis de pouvoir travailler de façon plus confortable, moins stressante. Moins de tensions, d'inquiétudes pour moi sur les possibilités de mon patient à pouvoir supporter des actes qui peuvent être douloureux.

Le patient et moi-même sommes satisfaits d'avoir ajouté l'outil hypnotique aux soins. La relation thérapeutique en est renforcée.

Pour le soignant faire un soin invasif en offrant au patient une possibilité qu'il soit moins douloureux diminue le stress de tous, y compris de sa femme. La possibilité d'utiliser les ancrages m'a permis pendant les semaines qui ont suivies de pouvoir très rapidement remettre en place les outils de confort pendant le soin, et en réduisant la durée totale de l'acte par la possibilité pour moi de travailler plus rapidement.

Les douleurs n'ont pas forcément disparus complètement mais le soin a été perçu autrement, vécu et mémorisé différemment, par le patient et le soignant.

Je me rappelle la question de sa femme le premier jour de mes soins...

Enfin, il a peut-être conduit son camping-car lors de sa séance d'hypnose. Avec sa femme à ses côtés ? Je ne sais pas.

Le patient est aujourd'hui debout, la plaie est complètement cicatrisée.

L'histoire finit bien, le camping-car les a emmenés tous les deux quelques semaines plus tard au bord d'un lac !

2.2 Mme S. Pansement suite opération d'un cancer du sein

Je connais Mme S depuis de nombreuses années, ma dernière prise en charge remonte à 6 ans pour une occlusion due à des séquelles de radiothérapie qui avait nécessité une intervention chirurgicale.

Elle vient d'être opérée d'un cancer du sein. Les pansements sont prévus tous les 3 jours. La patiente est à son 7ème jour post-opératoire. Elle est rentrée à domicile depuis 6 jours. Lors du premier pansement, j'ai revu avec elle son programme antalgique et les effets secondaires associés. Présentant déjà des troubles du transit, je lui propose de revoir son médecin pour gérer ce problème. Le pansement avait été réalisé dans de bonnes conditions, le soin n'avait pas majoré les douleurs modérées présentes alors. Elle en a profité pour regarder la cicatrice dans un miroir accompagnée de son époux, et j'ai répondu à leurs questions. Je lui ai expliqué à quoi servait le drain de redon, quels en étaient les éléments de surveillance, et lui ai donné la possibilité de me contacter, si elle le souhaitait, en cas de doute entre deux rendez-vous. Il était prévu qu'elle assiste à un concert le lendemain bien que son mari n'y soit pas favorable. Après discussion, nous décidons, ensemble, qu'elle peut s'y rendre si elle se sent bien.

L'entretien

J'arrive pour le second pansement, nous nous installons dans la salle à manger. Mme S a préparé tout le matériel nécessaire pour la réfection du pansement.

La patiente semble se déshabiller sans douleur. Nous reparlons de sa soirée qui s'est bien déroulée, et qui lui donne le sourire. Je réalise un pansement sans geste douloureux associé, puis change le flacon du drain de redon. Le soin est rapide, la mobilité et l'amplitude du bras sont relativement bien conservées, ce qui est un signe rassurant pour l'évolution.

Pendant la durée de l'acte, Mme S me dit en « avoir marre du redon ». Je la rassure en lui réexpliquant l'utilité du redon, la normalité des écoulements encore présents qui sont propres et dont la quantité a bien diminué ; qu'il est normal qu'elle puisse en avoir marre, que les choses vont évoluer et que moins il y aura d'écoulement plus rapidement il sera retiré.

Alors que je viens de terminer le soin, Mme S, encore le bras en l'air (afin de me permettre d'accéder à la plaie sous axillaire), me décrit spontanément ses douleurs. Sa douleur est plus importante qu'à ma première visite. En fait, Mme S a arrêté de prendre ses antalgiques pour éviter les effets secondaires, principalement la constipation. Je lui rappelle la nécessité de les prendre et de revoir son traitement avec son médecin pour ne pas laisser s'instaurer la douleur, ni les effets secondaires.

Elle est seule à la maison, elle me raconte qu'elle a eu envie de pleurer toute la journée précédente mais qu'elle ne « peut pas faire ça toute la journée », qu'elle ne peut pas faire « ça devant son mari ». La douleur est bien présente, autant physique que morale.

L'installation

Assise en face de moi, le buste en avant, le dos rond, ses épaules sont rentrées en dedans, en protection. Pendant toute la durée du soin elle me parle de sa difficulté à ne pas pleurer. Elle ne veut pas faire porter à son conjoint ni à ses enfants cette épreuve. Elle veut aller de l'avant. Et elle me décrit alors combien avant-hier elle aurait pu pleurer toute la journée. Elle en a parlé à son médecin traitant qui lui a prescrit un médicament pour lui permettre de diminuer son anxiété. Elle ne l'a pas encore pris mais l'envisage. Je la rassure en lui expliquant que c'est normal de ressentir toutes ces émotions. Elle me décrit ensuite ses douleurs physiques : « J'ai mal là » et de sa main opposée elle couvre toute la partie antérieure de son bras.

Et elle me dit :

« Eh oui, là, j'ai l'impression de ne pas sentir, et pourtant vous allez trouver ça bizarre mais j'ai mal. »

La patiente essaie de mettre en place une stratégie de défense face à l'épreuve qui se présente à elle, et pourtant elle ne comprend pas que cela « ne marche pas », qu'une partie de son corps soit comme « mort », que ces sensations soient bizarres, que sa douleur soit « partout ». Le drain qui sort de son corps et le pansement sont des éléments supplémentaires qui la renvoie à ses difficultés, à son incapacité de pouvoir « faire face », à sa maladie, à l'attente du prochain traitement.

Mon rôle est de lui proposer de l'aide. Je perçois la patiente comme dissociée. L'inquiétude envahit son corps et son esprit. Elle ne comprend pas les perceptions de son corps et son anxiété est présente. Sa stratégie d'adaptation est comme submergée par les besoins, comme si elle manquait de souffle.

L'induction

Pour la réfection de son pansement, ni l'une, ni l'autre n'étaient adossées à notre chaise. Et nous n'avons pas bougé, seul son bras est redescendu, nous sommes suspendues à ses douleurs, à son anxiété. Je me suis synchronisée sur son émotion, et me trouve en légère transe.

Je lui propose alors de pouvoir se poser, j'imagine alors qu'elle va s'appuyer contre le dossier de sa chaise... et là, elle bascule vers l'avant ! Assise, le tronc penché en avant, les avant bras posés sur ses cuisses, ses pieds sont posés bien à plat sur le sol.

Je ne l'avais pas envisagé, cela me surprend, j'imaginai qu'elle allait caler son dos contre la chaise, mais c'est elle qui s'est installée comme moi. Notre proximité physique et émotionnelle lui a permis de me rejoindre dans la proposition non verbale que je viens de lui faire. J'avais peu bougé après son soin, j'étais déjà dans sa bulle pour le soin. Je me rends compte que comme pour être plus près d'elle, je lui parle d'une petite voix, je chuchote à peine. Sa respiration s'est calmée. Je ratifie les éléments de détente, de début de transe positive.

Sa respiration se fait plus calme encore.

La transe

« Est-ce qu'il y a un endroit plus confortable dans votre corps ? »

« Je ne peux pas vous dire, parce que en fait j'ai mal à presque toutes mes articulations, d'habitude je marche beaucoup. »

« Cela pourrait avoir quelle forme ? (pause...) et si cela pouvait prendre une couleur ? » (je pense alors à la couleur de la douleur)

Et alors quelle cherchait la couleur, ses yeux se sont fermés puis ré ouverts.

« Et vous pouvez fermer vos yeux pour rendre la couleur encore plus présente, parce que vous la voyez encore mieux derrière vos paupières. » (Elle ferme les paupières)

Elle me répond le bleu.

« D'accord, le bleu, c'est un bon choix »

« J'adore le bleu, (c'est celle de ses yeux), c'est ma couleur, je me sens bien dans le bleu. »

Les traits de son visage sont détendus, son corps s'est relâché, sa respiration est tranquille.

« Parfait, je vous propose à présent de juste prendre le temps de respirer, parfait, et pendant que les choses se posent, de pouvoir créer, modifier ce qui vous dérange, que cela puisse être d'ordre physique ou moral.

Pour cela, faire comme si vous deveniez le peintre de votre vie, ou plus simplement comme si vous regardiez la mer ou tout autre chose » (pause) Je l'invite à une suggestion possible : installez une couleur confortable là où il y a un problème. Elle pourra organiser, classer ses ressentis et émotions et redevenir actrice dans la façon dont elle souhaite réaliser les suggestions.

« Et lorsque vous l'aurez trouvé vous allez pouvoir prendre un pinceau, un rouleau ou un aérosol, pour pouvoir par touches remettre de la couleur, ou prendre un drap bleu, une couverture je ne sais pas, (pause) pour emballer, protéger, modifier et vous laisser imprégner de cette couleur bleue qui vous fait du bien. » (je lui propose alors de modifier la perception de son corps et de son émotion).

Mme S est là, à l'écoute de soi. Sa respiration est posée, je la sens plus reposée, je lui laisse du temps et ... elle se met à pleurer.

« Très bien, et vous pouvez vous autoriser à ressentir toutes ces émotions, et les laisser quitter votre corps pour aller là où elles doivent aller. »

Et elle sanglote encore plus fort, ma main se pose doucement sur son épaule, ma voix est douce et accompagnatrice, pour lui permettre de vivre les choses...

Ses pleurs se calment, son faciès devient plus détendu, sa respiration plus ample, ses épaules reprennent de la présence.

« Et vous pourrez, quand vous en éprouverez le besoin, retrouver cette couleur, celle qui vous fait du bien, et colorer par petites touches ou au rouleau, ou emballer, pour vous sentir mieux. Vous permettre de pouvoir agir sur ce que vous ressentez. »

Le retour

Ma voix devient plus forte, plus présente.

« Et votre respiration est plus présente, et vous allez pouvoir vous redresser sur votre chaise.»

Ses yeux s'ouvrent alors,

« Et vous allez pouvoir utiliser tous ces nouveaux outils pour la suite (...).

Reprendre votre traitement antalgique pour vous permettre d'aller encore mieux,

Et vous allez pouvoir agir, retrouver la couleur et l'installer partout où vous en avez besoin.

Prenez le temps de retrouvez vos sensations, de vous réinstaller sur votre chaise. » (pause)

« Cela fait du bien. Je vous remercie d'avoir pris du temps, ça m'a fait du bien »

Sourire sur ses lèvres.

J'en profite pour lui redire qu'elle peut s'autoriser à vivre les choses, que cela fait partie de son cheminement, et que le bleu est toujours là pour lui permettre de modifier les choses.

Je m'assure qu'elle est bien revenue dans le présent. Son visage a changé, le sourire est revenu dans ses yeux. Elle me remercie pour ce moment partagé.

Rendez-vous est donné 3 jours plus tard.

La discussion

Dans ce cas clinique, l'approche hypnotique ne me semblait pas nécessaire au début : elle s'est imposée lorsque j'ai vu ma patiente bloquée dans ses émotions, l'incompréhension de ses ressentis corporels, sa douleur, et ses non-sensations, son envie de pleurer, ses troubles du sommeil, son souffle court. Les explications physiopathologiques données lors de ma première visite n'avaient pas été complètement intégrées, et même si elles ont été reprises lors de ce deuxième rendez-vous, la patiente restait coincée dans l'incompréhension de son corps, de ses peurs.

La proposition hypnotique s'est faite spontanément, dans une symbiose de partage. Le langage non verbal qu'elle me renvoyait en début de proposition, me permettait d'aller plus loin, et de lui apporter une nouvelle proposition de compréhension. Et de la même façon que l'on peut donner des explications rationnelles, physiopathologiques, je lui proposais de vivre ses explications. Il est probable que les premières peurs liées à la cicatrice et au drain de redon passées (et diminuées par l'accompagnement lors de ma première visite) ont laissé place à d'autres émotions, d'autres peurs. Le retour à la mémorisation des anciens traitements et leurs effets secondaires, la peur liée au diagnostic d'un nouveau cancer, la tristesse de devoir recommencer les traitements, l'attente des nouveaux protocoles, l'arrêt des traitements antalgiques par crainte d'une nouvelle occlusion, majorant les douleurs physiques, et bien d'autres. Le fait d'être seule avec moi lui a permis d'extérioriser ses émotions, ses ressentis. La famille de la patiente est source de soutien, et en même temps, la patiente souhaite les protéger.

Le lien de confiance tissé pendant les soins lui permet de pouvoir exprimer ses difficultés.

Le travail est multiple : il permet de diminuer la douleur, améliorer le schéma corporel, vivre ses émotions, de devenir acteur de sa transformation.

Son ressenti, en fin de séance lui a permis de se libérer, de pouvoir expérimenter ses nouvelles sensations.

Lors du rendez-vous suivant, je retrouve ma patiente habillée d'un pull bleu. Sourire intérieur pour moi.

Nous nous installons comme d'habitude.

« Comment allez-vous ? »

« J'ai un petit peu moins mal. Un peu mieux, ça a commencé à aller mieux dimanche. »

« Parfait (je poursuis mon soin et comme au premier pansement), tout va bien pour la cicatrice. »

Elle me désigne alors le même endroit que la première fois :

« C'est toujours sans trop de sensations, ça fait mal quand même, c'est ce que je vous disais samedi, c'est bizarre comme sensation. »

« Ca a changé un peu par rapport à ce que vous m'avez dit samedi alors ? » (Il s'agit pour moi de savoir si la patiente a évolué dans ses ressentis).

« Oui, il y a moins de douleurs déjà, ça fait du bien quand cela s'arrête. »

« Vous avez essayé de mettre du bleu et de la couleur ? » (J'emploie volontairement ici le verbe « essayer », pour offrir la liberté à la patiente de s'exprimer « sans pression » ce qu'elle a tenté, essayé, pu expérimenter ; il s'agit pour moi de ne pas induire une réponse).

« Oui, oui, vous avez vu j'ai mis du bleu là » elle me désigne fièrement son pull.

« Oui, j'ai vu cela en arrivant, et je me suis dit, oh le bleu fait partie de sa vie. »

« Oui, c'est vrai »

« Et cela marche bien ? »

« Ben j'ai essayé un petit peu quand je ne dormais pas la nuit ou quand j'ai un coup de blues, et puis je regarde les voyages à la télé. »

Nous finirons le soin en allant nous promener dans ses voyages passés, présents : ceux qu'elle fait, immergée dans les images que diffuse son écran de télévision la nuit, et futurs : ceux qu'elle commence à envisager.

Elle me fera voyager avec elle pendant le restant du soin, sans douleur, sans détresse, juste dans un partage d'émotions, et de sensations agréables. Au moment de se lever, elle en oublie le sac contenant le redon posé sur le dossier de sa chaise.

Elle me dit en parlant de ses voyages :

« J'ai l'impression de partir. »

« Parfait, n'oubliez pas vos bagages (je lui désigne le sac). Je vois que vous commencez à vous en détacher ! »

« Oui c'est vrai. » elle a un large sourire.

« C'est bien, c'est que c'est plus léger pour vous, portez du bleu, portez vous bien, et quand vous voyagez, allez là bas, comme si... vous y étiez. » (Il s'agit dans un premier temps de valider ses nouvelles compétences, lui offrir une nouvelle possibilité pour se ressourcer dans sa nouvelle autonomie.)

Le pansement suivant a été réalisé lors d'un rendez-vous post-opératoire planifié, le chirurgien a retiré le redon. La patiente m'a téléphoné le lendemain pour me signaler qu'il n'y avait plus besoin de réaliser de pansements et que l'ablation du redon s'est déroulée sans douleur.

Dans ce cas clinique l'outil hypnotique utilisé a allongé mon temps de visite initial. En effet le geste technique est terminé, mais la détresse de la patiente ne me permet pas de partir en la laissant dans sa difficulté. Prendre soin prend ici tout son sens. L'homme fait de chair et d'âme, il était nécessaire de s'occuper au-delà du corporel, de l'âme.

L'hypnose, en face de l'irrationalité des émotions et des sensations, permet de récupérer l'image corporelle, de trouver un nouveau chemin, en partant des choses qui se sont immobilisées.

Il faut offrir au patient la possibilité de se trouver de nouveaux moyens de réussite, des renforts pour les combats, des stratégies. L'hypnose permet tout cela, dans un moment de communion dirigée vers du mieux. Et cela fait du bien, au patient comme au soignant. Retrouver le sens du prendre soin global, c'est peut-être également ce qui nous permet, à nous – soignants - de lutter contre nos habitudes, de faire retrouver le sourire à nos patients, celui qui nous permet d'être reconnus et nous permet de ne pas nous épuiser dans le soin.

2.3 Mme H : Pansement suite à une intervention sur un hallux valgus

Mme H. vit dans une maison individuelle de plain-pied. Elle m'a contactée pour des soins suite à une opération sur un hallus valgus sous rachi-anesthésie. Nous intervenons, ma collègue et moi, tous les jours pour des injections sous-cutanées à visée anticoagulante, en prévention de la phlébite. Son pansement est refait toutes les 48 heures. Je connais le couple pour avoir déjà soigné son mari il y a quelques années.

C'est un couple d'environ 70 ans, qui voyage beaucoup, qui aime faire des croisières, et qui s'occupe régulièrement de ses petits-enfants.

Je la soigne, en relais de ma collègue, au deuxième jour de son retour à domicile.

L'intervention s'est bien déroulée, toutefois ma collègue qui l'a vue la veille pour son anticoagulant m'a signalé un souci concernant des troubles de la sensibilité de son pied. La clinique est au courant du problème, et nous demande de la renvoyer au centre si les

sensations n'ont pas été récupérées à 48 heures. Elle ne porte pas la chaussure de décharge comme prévu par le chirurgien, ne pose pas son pied au sol.

L'entretien et l'installation

Le matériel m'attend sur la table de la salle à manger. J'installe alors deux chaises et un tabouret entre les deux. Une pour elle, une autre pour moi, le tabouret permettra d'installer son pied pour la réalisation du pansement. Nous nous asseyons. Je la trouve particulièrement tendue. Elle me dit que rien n'a changé, qu'elle est persuadée que son pied n'est pas réveillé, c'est pour ça qu'elle utilise les béquilles, et elle craint de devoir retourner à la clinique.

Je lui demande si c'est douloureux.

Je la sens encore plus tendue, presque agacée dans sa réponse :

« Je vous dis que je ne sens rien, je n'ai pas mal !!! » Sa respiration est alors plus rapide, je la sens à cran, le climat est électrique. Son mari présent dans la pièce est comme absent, dans sa stupéfaction.

« D'accord, je comprends. Je vous propose d'enlever ce gros pansement pour pouvoir nous rendre compte. Vous verrez, après mon passage, il sera plus petit. Où en êtes-vous dans le traitement antalgique ? »

« Je prends tout, tout ce que le médecin a prescrit. »

« Si je comprends bien, vous n'avez pas mal, zéro douleur, et vous prenez tous les médicaments pour la douleur ? »

« C'est ça ! »

« Je vais retirer la bande Velpeau et nous allons pouvoir mieux évaluer votre sensibilité, vous êtes d'accord ? »

« Oui. »

L'induction

J'utilise une hypnose directive, la patiente étant dans une transe négative. Je ressens une situation particulièrement aiguë, sa respiration est rapide, elle est complètement tournée vers son problème, et rien ne semble lui permettre d'en sortir, il me semble difficile de lui permettre de ressentir quoi que soit d'autre dans ces conditions. Son pied est installé sur le tabouret, j'ai retiré le bandage, reste un petit pansement en place.

Pour plus de confort je lui propose de reposer son pied sur le sol quelques instants. Mon objectif étant dans un premier temps de ramener suffisamment de sérénité pour pouvoir travailler sur ses ressentis. Sa respiration est toujours aussi rapide. Je lui demande de bien s'installer, le plus confortablement possible, et de sentir le dossier dans son dos, je lui suggère alors de prendre le temps de profiter de chaque mouvement respiratoire.

« Je sais comment faire ça !!! » me répond-elle d'un ton sec. Là, je comprends bien que mon approche n'est pas la bonne... En même temps elle ne me parle plus de son pied, les lignes bougent !

« Je vous propose de faire une expérience maintenant que votre pied touche le sol. Je vous propose de ressentir la fraîcheur du carrelage sous votre pied. Prenez le temps de bien le ressentir, peut être même de le réchauffer avec la chaleur de votre pied ou plus simplement de diffuser sa fraîcheur à certains endroits de votre pied, prenez votre temps. » Je l'observe, elle se concentre, sa respiration s'est apaisée, son visage, son corps tout entier est plus détendu.

« Je le sens bien, maintenant. » me dit-elle d'une voix apaisée ; elle vient de quitter sa transe négative.

« Parfait. Je vous propose alors de poursuivre le pansement, et de reposer votre pied sur le tabouret. » Elle remonte sa jambe et la pose sur le tabouret.

« Je vais passer mon doigt sous votre pied et vous allez me dire ce que vous ressentez. » Je passe alors mon doigt doucement et tranquillement sous la plante de son pied, mes mains sont froides.

« Je sens bien votre doigt. »

« Parfait, voilà qui est normal, les choses reprennent tranquillement leur place. » Je continue à observer et pratique mon soin. La patiente regarde son pied. Son regard est focalisé, elle est concentrée, elle est là avec moi, sans être là.

La transe

« Et je vous propose de profiter de tout ce que vous allez pouvoir sentir, ressentir pendant le soin. De vous offrir la possibilité de ressentir des sensations peut-être nouvelles, peut-être différentes, peut-être déjà connues comme après une intervention dentaire ou de nouvelles chaussures, des sensations qui puissent être différentes. »

Le retour

Je poursuis mon soin, et repose comme prévu un petit pansement sur la cicatrice. « Et maintenant que vous avez ressenti ces nouvelles sensations, vous allez pouvoir profiter de

toutes ces sensations. Profitez de ses sensations, confortablement installée sur votre chaise. Et vous pourrez installer votre nouvelle chaussure de marche. Et lorsque vous serez prête, je vous laisse reposer votre pied au sol, bien installée sur votre chaise. » Mme P. se réinstalle, elle est calme, apaisée. Moi aussi.

« Parfait. »

« Je ne suis pas sûre de sentir ».

« Très bien, j'ai passé mon doigt sous votre pied tout à l'heure, et vous avez ressenti quelque chose. »

« Oui, mais je ne comprends pas. Tout le monde m'a dit que je devais avoir mal après une telle intervention. Ils sont tous surpris que je n'aie pas mal. »

« Si vous n'avez pas mal, c'est une bonne chose ; il n'est pas indispensable d'avoir mal pour que les choses se passent bien, par contre il n'est pas nécessaire de prendre un traitement antalgique s'il n'y a pas de douleur. La sensibilité et la douleur sont deux choses différentes. Vous pouvez sentir de façon confortable, et c'est ce qui se passe, vous avez ressenti la fraîcheur du carrelage, le passage de mon doigt, celui de la compresse. »

J'installe alors la chaussure de décharge. « Vous pouvez à présent marcher avec cette chaussure et ranger vos béquilles maintenant que vous êtes prête. » La patiente est hésitante, je range mon matériel. Je lui souris et lui donne rendez vous au lendemain pour l'injection.

Elle se lève de sa chaise et reprend une béquille, pour se rassurer. Elle marche sur ses deux pieds. Des sensations sont là. Alors qu'elle me raccompagne à la porte, la main sur la poignée Mme H. me dit :

« C'est normal ? J'ai un peu mal maintenant ? »

« Tout va bien, nous nous verrons demain, profitez de vos sensations. » J'ai un grand sourire.

Elle reste à la maison, il n'y aura pas d'hospitalisation aujourd'hui.

D'une patiente qui m'avait accueillie sur deux béquilles, le pied en l'air, avec aucune sensation sur son pied, je la quitte plus calme, le pied chaussé et posé au sol, et avec des sensations retrouvées !

Je n'avais pas envisagé lors du travail hypnotique l'apparition de la douleur en fin de soin, alors que le soin infirmier n'est pas douloureux dans ce cas.

Pour la patiente, j'imagine que cette douleur retrouvée pourrait être une transition pour atteindre « une normalité ».

Discussion

L'inquiétude de la patiente en début du soin est fortement verbalisée. Elle est accompagnée de différents symptômes : la respiration est haute, elle verbalise de l'angoisse, ses phrases sont courtes. Mme H. est focalisée sur son hypo-sensibilité, et sur le risque de devoir retourner à l'hôpital. Après l'avoir écoutée, vérifié son traitement médical, nous nous installons pour le soin. Son pied est probablement dissocié depuis son opération avec la conviction d'avoir encore son pied sous anesthésie. Le protocole médicamenteux antalgique est en place, ainsi qu'une information écrite transmise par son chirurgien concernant les soins, la reprise de la marche et de l'activité physique. Je décide alors d'utiliser une approche hypnotique dans mon soin. Par l'utilisation de l'hypnose conversationnelle, j'essaie de la rassurer. Je l'informe du fait que son prochain pansement sera plus petit, plus confortable, ce qui facilitera la motricité et la sensibilité.

Le passage de mon doigt sous son pied a deux objectifs : pour moi, celui d'apprécier sa réactivité au toucher, de vérifier le retour de la sensibilité et d'entrer physiquement en contact avec elle; pour la patiente de ressentir quelque chose, de pouvoir le nommer, le ratifier, de la sortir de sa transe négative. Je suis particulièrement vigilante au vocabulaire que j'utilise surtout lorsque je la touche. Le test du froid et de la sensation du passage de mon doigt sous son pied me conforte dans le fait que Mme H. ressent sans s'en rendre réellement compte.

Mon test clinique me permet d'avoir une congruence entre mes mots et ma posture, de transmettre des messages de ré-assurance, de confort et de sécurité, en rappelant des sensations différentes déjà éprouvées dans le passé, qui ont su retrouver une normalité : les soins dentaires, le port de chaussures de ski.

Malgré mon approche, Mme H. reste figée. Je décide alors d'utiliser une transe plus formelle. Je lui propose de prendre le temps de s'attarder sur sa respiration. Sa réaction me surprend. Je n'imagine pas qu'elle puisse me dire : « je sais respirer ! » avec autant d'énergie, presque en colère. Sur l'instant, je pense alors ne pas avoir choisi la bonne approche. Je la rassure en lui confirmant que je suis heureuse de savoir « qu'elle sait faire, et que lorsqu'elle sera prête elle pourra alors prendre le temps de faire cheminer l'air. » Je me rends compte avec le recul, que sa réaction, lui a permis de sortir partiellement de sa focalisation sur son problème : « le non réveil de son pied », de reprendre contact avec son corps, et de retrouver ses compétences.

Mme H. retrouve des sensations, toutefois elle reste avec des doutes, parce que ces sensations ne sont pas exactement celles qu'elle connaît, qu'elle attend. L'utilisation de l'outil hypnotique permet ici de la sortir de sa dissociation, et la reconnecte à une partie de ses sensations.

En ce qui concerne la « légère douleur » ressentie...et verbalisée en fin de séance, à laquelle je ne m'attends pas, elle lui a probablement permis de progresser même si je n'avais pas imaginé initialement qu'en réveillant les sensations, la douleur pourrait être au rendez vous. Et là, je m'interroge : est-ce moi qui ai induit une notion d'inconfort....ou de douleur ? Je reprends le cheminement et me rends compte que l'idée du dentiste l'a peut être focalisée sur une possible douleur. Il aurait peut être été plus judicieux de parler de la fin de l'anesthésie locale qui permet aux sensations de revenir progressivement. La transe lui a simplement permis de sortir de cet état d'anesthésie, la douleur dans son cas un signe de « réussite », de normalité, un retour à ses sensations, avec de nouvelles émotions. Je repars, la patiente est plus algique qu'à mon arrivée... mais rassurée. Je me surprends alors à penser que parfois une douleur peut être rassurante.

Répercussion sur les autres visites

Le lendemain Mme H. n'a plus de béquille, ni de douleur !

Elle me dit avoir encore un léger doute sur le fait que son pied soit complètement réveillé. Ses traits sur son visage sont plus lisses, elle est plus souriante, plus détendue. Alors qu'elle touchait à peine son pied la veille, elle a installé l'écarteur entre ses 2 orteils et sa chaussure de marche. Elle semble plus apaisée et a repris confiance en ses compétences.

Troisième visite, 2ème pansement, elle regarde sa plaie, sourit, assimile les indications pour la poursuite de son traitement. Elle sait réajuster son traitement antalgique selon sa douleur...qui a disparu en laissant des sensations normales au niveau de son pied. Le pansement se déroule dans une atmosphère plus calme et plus sereine, il s'agit de lui permettre de ré-expérimenter les sensations, d'apporter des possibles. Il s'agit là d'amener des éléments de saupoudrage, de renforcement de ses sensations, de ses nouvelles compétences.

Elle reste toutefois surprise de ne pas avoir souffert contrairement à ce que lui avait suggéré son entourage.

Elle est apaisée, et commence à reprendre des activités de la vie quotidienne en suivant les recommandations de son chirurgien. Elle commence même à se projeter vers sa prochaine opération pour... son autre pied.

Vécu patiente/soignant

On remarque ici combien les influences peuvent imprégner cette patiente et créer, renforcer une croyance.

Si rejoindre Mme H. à son niveau émotionnel était une évidence, sa réalisation le fût moins. Mon évaluation clinique m'a confortée dans un premier temps dans ses capacités. C'est en parlant, en observant, en s'ajustant, en s'adaptant que la rencontre peut permettre au patient de l'amener vers un état différent, un facteur essentiel dans la pratique de l'hypnose. Le travail hypnotique sur la symptomatologie aiguë évite la chronicité en orientant la patiente vers le changement. L'hypnose c'est cela, se laisser surprendre et parfois s'émerveiller par ce temps qui se suspend, par ces solutions nouvelles, et parfois par cet immobilisme, qui n'est en fait qu'un cheminement différent ou différé.

Comme nous l'avons vu plus haut le rôle de l'infirmière prend ici tout son sens, il s'agit de réaliser un soin technique, une injection, un pansement, dans une démarche de prise en charge globale du patient. Dans le cas présent le protocole antalgique est bien posé, l'évaluation de la douleur a été faite à chaque visite, le besoin de la patiente étant sa prise en charge anxieuse.

La prise en charge par l'hypnose m'a permis de gérer non seulement l'anxiété mais également de détecter une possible complication à l'opération en levant la sensation d'anesthésie, et surtout de créer une atmosphère positive lors du soin, qu'il nous a été possible de renforcer à chaque visite, permettant de faciliter nos soins ultérieurs et le ressenti de la patiente, lui apportant de la confiance en elle et en ses capacités de récupération, de réadaptation.

La patiente est moins angoissée, la relation plus équilibrée.

L'hypnose nous a permis ici de créer un véritable climat de sérénité.

3^{ème} Partie : RESULTATS ET DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

1 Rappel de la problématique

La présence de la douleur physique et/ou morale, de l'anxiété au moment de la réfection d'un pansement est souvent au rendez-vous avec parfois le sentiment pour le soignant de se sentir démuni.

La focalisation négative et la dissociation négative peuvent être à l'origine d'une difficulté lors de la prise en charge d'un patient. Du côté patient, elle va augmenter l'angoisse, la douleur, l'anticipation négative des soins, la perte de la confiance en soi et envers les autres, l'incompréhension des soins. Le patient se trouve dans un cercle vicieux aigu qu'il n'arrive pas à dépasser. Il reste « bloqué », fixé dans son ressenti, dans une impasse qui ne lui permet plus de trouver ou d'envisager une solution. Il peut avoir le sentiment d'être incompris. Les perceptions s'inscrivent dans le champ mémoriel d'une émotion négative. Le patient est dans SA vérité. Son sens critique est altéré, son imagination débordante, les explications rationnelles transmises insatisfaisantes, comme « inadaptées ». Tout ce qui est dit peut être pris « au pied de la lettre ». La discussion peut alors devenir une perte de temps, avec pour risque de diminuer l'alliance thérapeutique, d'augmenter les résistances du patient, de diminuer la confiance envers le soignant. Chacun est dans ses croyances, ses valeurs, ses peurs, sa douleur physique et/ou émotionnelle. Le soignant se retrouve face à cette souffrance, cet immobilisme.

Détecter, comprendre, et évaluer le processus négatif, permet de mieux s'adapter à la situation. Son origine peut être parfois retrouvée ou amplifiée dans les suggestions négatives perçues et distillées par l'équipe soignante. Face à ce processus négatif, la difficulté pour le soignant est de rentrer en relation avec le patient. L'hypnose est une nouvelle possibilité pour accompagner le patient. Il s'agit de retrouver le patient là où il est, avant d'induire une transe de confort et de sécurité apportant une phase d'apaisement. L'intérêt de l'hypnose dans les cas présentés s'établit sur la clinique du patient, sur son discours, son évolution, sur le ressenti et le vécu de chaque partie en présence. Je reste intimement persuadée que sortir d'un processus négatif est indispensable à la poursuite du soin dans de bonnes conditions. La transe positive a permis ensuite de développer la capacité d'auto-guérison du patient.

Apports pour le patient et pour le soignant

La douleur (physique ou/et émotionnelle) verbalisée, le langage corporel du patient, les ressentis par le soignant, ont après la prise en charge en hypnose tous été modifiés.

L'apport pour le patient :

L'hypnose a permis au patient de sortir de son processus négatif, d'accéder à ses propres ressources. Les signes négatifs s'estompent : diminution de la douleur physique et morale, du stress, de l'angoisse, baisse de l'anxiété, de l'inquiétude, de l'anticipation négative du soin et par là même elle évite l'installation, l'amplification, et la chronisation des sensations négatives.

Les signes positifs apparaissent : amélioration du confort qui permet au patient d'avoir un nouveau regard sur ses sensations, ses émotions, permettant de nouvelles ressources, celles qui tendent à l'autonomisation, à la participation. En parallèle l'hypnose leur offre la possibilité d'améliorer leur schéma corporel, et de reprendre confiance en soi.

L'hypnose permet au sujet, de se réapproprier son corps, ses émotions, ses ressentis. Il redevient partenaire, acteur dans sa prise en charge en prenant soin de lui-même. L'hypnose lui a permis de nouvelles associations et ressentis, une expérience reliée à une émotion nouvelle pour créer une autre réalité.

«C'est une école de sensations, d'émotions et de compréhension qui opère pour le sujet une réappropriation de son existence. » (26)

C'est probablement aussi une prévention de la dépression qui risque de s'installer quand se développe chez le patient un sentiment d'impuissance face à sa situation difficile.

Apport pour le soignant Prendre soin c'est aussi être en relation et accompagner le patient. Pourtant, face à certaines situations, nous nous sentons démunis. Nous ne sommes pas toujours disponibles pour l'autre, surtout lorsque nous n'avons pas de solution, de temps à proposer, lorsque nous sommes dans une situation personnelle difficile. Il nous arrive alors de nous retrancher dans le geste technique, comme pour nous protéger, d'autant que certains gestes monopolisent toute la réflexion et la concentration du soignant pour leur réalisation. Effectuer un geste de soin potentiellement douloureux de façon répétitive est également pour le soignant difficile à porter ; comme tout praticien du soin je suis là pour soigner et soulager, pas pour faire souffrir... et la non-relation à l'autre risque alors d'amplifier les difficultés.

La première étape du traitement, dans une perspective ericksonienne, n'est pas d'amener le patient vers l'hypnose ; c'est plutôt d'"induire" le thérapeute à l'utiliser. Le thérapeute initie la thérapie en observant ce qu'il va pouvoir utiliser, en accédant en lui, à un état où il est prêt à répondre constructivement à la réponse du patient. L'observation était une des facettes centrales de la présence d'Erickson. Il était attentif à la complexité du moment et intéressé à l'exploiter. (17)

Il nous faut dépasser nos propres craintes, nos doutes pour transformer les contraintes en ressources pour aller à la rencontre du patient, le rejoindre là où il est.

Nous l'avons vu dans les cas cliniques présentés, l'hypnose m'a permis en tant que soignante d'aller au-delà de ce sentiment d'impuissance, de proposer autre chose, de faire autrement. Il s'agit de suivre mon intuition, basée sur l'observation, pour s'offrir un moment d'échanges et de complicité. L'hypnose offre alors au patient, comme au soignant, de dépasser ses propres limites, ses propres difficultés face à une situation présente. Le soin va être plus facile à réaliser : moins de tensions, d'inquiétudes, gain de rapidité de l'exécution et satisfaction des parties plus grande. L'hypnose permet une forme de liberté, de créativité, en s'adaptant continuellement à l'autre et en lui permettant de prendre soin de lui-même ; le patient est plus détendu, il devient co-acteur de sa prise en charge. L'hypnose me permet de modifier une situation à laquelle ma formation initiale d'infirmière ne m'avait pas apporté de réponse. Elle devient alors pour chaque partie, un élément moteur, provoque des sourires complices et provoque notre satisfaction mutuelle. Elle ouvre également des possibilités auxquelles nous n'avions pas pensé ; la liberté et l'imagination sont au rendez-vous. Pour citer Coudray : « Quand je prends soin, en réalité je donne, et je ne peux prendre soin qu'à partir de ce que j'ai déjà à donner, ce que je sais et ce que j'ai déjà recueilli de l'autre, pour le modifier, de le transformer en soin et le rendre à l'autre. L'échange se fait sans fin, mais toujours avec faim. » (27)

L'hypnose va permettre au soignant de mieux s'épanouir plus dans son travail par la réalisation de soins en harmonie avec ses propres convictions et valeurs éthiques. Druet décrit l'éthique en action:

« Une valeur constitue une clé permettant de donner sens à ma vie et à mon action, un idéal si l'on veut. Une valeur ne désigne donc pas, par définition, quelque chose qui est, mais bien quelque chose qui est à faire, à réaliser (...) La manière de la réaliser doit être inventée et que le but atteint dépendra des moyens employés pour y parvenir.» (28)

L'hypnose médicale est un outil complémentaire pour l'infirmière, qui lui permet d'aller vers ses propres valeurs. « Comme s'il devenait progressivement plus facile de faire clairement la part des choses entre ce que je vis ici avec ce patient et ma vie personnelle. » (8)

Une citation, lors d'une conférence que tient Erickson à Seattle en 1965, illustre sa vision de l'hypnose comme empathie, bienveillance et totale présence à l'autre :

« Vous ne contrôlez pas le comportement d'une quelconque autre personne. Vous apprenez à la connaître, vous aidez les patients en les utilisant, vous aidez les patients en les dirigeant de telle façon qu'ils répondent à leurs besoins (« meet theirs needs ») ; mais vous ne travaillez pas avec les patients pour atteindre vos propres buts. Le but est leur bien-être, et si vous réussissez à obtenir leur bien-être, vous atteignez directement votre propre bien-être.»

L'hypnose a t elle une incidence dans la poursuite des soins ?

Selon Virot et Bernard « Si le soin se fait avec cette dissociation négative, le système d'alerte sera encore plus sensible la prochaine fois et le soin sera alors impossible. » (8)

Dans les cas cliniques présentés, le schéma corporel était modifié, les sensations perturbées. Il s'agit de faire taire les ruminations trop bruyantes pour permettre à d'autres solutions d'émerger.

Le patient et le soignant vivent le premier soin ensemble, cette expérience qui leur est commune va avoir, par sa mémorisation émotionnelle et physique, des impacts sur les soins, et la relation lors des soins suivants. Chacun d'entre eux, à son niveau, en fait l'expérience et la mémorise. D'où l'intérêt d'une prise en charge dès le premier soin. Cette expérience est pour moi la mémorisation de sourires, ceux qui vous font dire que vous avez été au plus proche, dans une belle communication, en respectant l'autre.

Pour chacun l'hypnose a permis de progresser en sortant de ce cercle vicieux. Le patient a pu réinvestir son corps, améliorer son schéma corporel, améliorer ses sensations et émotions, dès le début de la prise en charge, se sentir moins seul dans sa difficulté. Par le mieux être qu'il procure au patient, le soignant peut aussi trouver une nouvelle satisfaction dans son travail.

2 Confrontation des observations à la problématique

La formation dans le cadre du DIU d'Hypnose médicale m'a permis de mieux comprendre la situation de mes patients, et ainsi de mieux les accompagner.

Dans le premier cas clinique, le patient est bloqué dans les phénomènes douloureux.

« Installez-vous confortablement », sera la première possibilité pour lui de sortir de sa douleur, celle de faire autre chose, quelque chose, elle me permettra également de pouvoir réaliser un geste technique dans des conditions confortables.

Le patient étant moins algique, il peut verbaliser ses émotions, ses inquiétudes, celles d'être incompris, non « cru », pour une douleur d'un membre amputé. L'hypnose lui permet de travailler sur son image corporelle, sur l'émotion face à ses sensations par la « substitution de la douleur par une autre sensation. Remplacer une sensation inconfortable par une autre sensation un peu plus tolérable ou neutre. » (9) L'évolution de la symptomatologie décrite comme « un membre fantôme » en début de prise en charge s'est modifiée pour disparaître par l'action hypnotique qui leurre le cerveau sur ses perceptions.

L'utilisation de l'ancrage (ma main posée sur son pied pendant le soin et plus particulièrement lors d'un geste potentiellement douloureux) a permis la réalisation d'un geste technique efficace, rapide, avec un vécu confortable lors des soins.

L'hypnose nous offre ici la possibilité d'une nouvelle approche soignant / soigné, et la possibilité pour le patient d'expérimenter une nouvelle relation à son corps et pour citer Halfon « modifier le symptôme entraîne un réaménagement de la mémoire (passé/présent/futur) » (29)

Dans le deuxième cas, le soin technique est réalisé, le processus négatif n'était pas détecté en début de soin. L'hypnose a été proposée face à une patiente qui verbalise ses douleurs physiques et émotionnelles. Elle décrit en fait ses angoisses, sa volonté de faire face seule, et pour autant son incapacité à comprendre, à trouver une voie qui lui permette d'avancer. Lors de la transe négative, le schéma corporel et l'image du corps connaissent un démantèlement. L'hypnose lui a permis de se sentir entendue, de redécouvrir ses possibles, de lui proposer un chemin qui lui permette de trouver un second souffle dans son parcours de vie. Avec l'hypnose, se produit, selon Erickson, une « réassociation de la vie intérieure. » (17)

Elle me remercie pour le temps mis à sa disposition. Dans notre société, les soins sont devenus codifiés, quantifiés. La notion de temps est parfois associée à une perte d'argent, ce temps qui se doit d'être « rentable » dans l'économie du soin. Prendre du temps, offrir du temps à notre patient, celui d'être écouté, entendu, devient avec l'hypnose un investissement par lequel les soins aigus deviennent plus faciles à vivre pour chaque partie et également pour la suite des soins, comme une ressource. Le temps passé à établir le lien thérapeutique (qu'il

soit ou non hypnotique) lors du premier soin n'est pas, au contraire, du temps perdu ; mais du temps gagné pour les séances ultérieures.

Il s'agit pour moi d'aller à la rencontre d'une souffrance, avec la possibilité que les émotions débordent ; et les accueillir, les respecter, les accompagner. L'hypnose a permis à cette patiente de ressentir combien elle est importante, et grâce à l'autohypnose elle a su trouver le chemin pour mieux gérer son anxiété, ses douleurs.

Dans le troisième cas, la clinique me permet de vérifier qu'il n'y a pas de problème médical. C'est probablement une dissociation négative installée depuis son intervention qui donne le sentiment à la patiente que quelque chose d'anormal se passe. Les anticipations orales transmises avant l'intervention par son entourage ont agi comme des suggestions hypnotiques négatives : « c'est une intervention très douloureuse, tu auras mal après... » ont probablement incité son cerveau à « éteindre » les sensations émises par son pied pour ne pas risquer de souffrir : elle est (suite à ces suggestions), probablement dans une forme d'hypnose négative. La patiente est dans l'incompréhension de ce que son corps lui envoie comme information. Elle est inquiète, stressée et ne se sent pas entendue. Le premier objectif est de créer un lien de confiance par la reconnaissance de sa situation, pour lui permettre de ressentir d'autres sensations que celles favorisées par son anxiété. L'hypnose devient alors l'outil qui me permet de la prendre en charge, de la sortir d'une situation inquiétante. Son cerveau cartésien ne comprenait pas ce qui se passait en elle.

L'hypnose que je lui propose lui permet d'amorcer une évolution, par la mise en œuvre de ses ressources : se rapprocher de ses sensations, les remettre en place progressivement et retrouver une forme de contrôle de son corps. Elle lui permet de percevoir différemment, ou de se percevoir différemment, de vivre une expérience différente de celle à laquelle elle s'attendait. A la proposition de faire ensemble quelque chose, l'hypnose nous a proposé une alternative dans la prise en charge du patient, un outil complémentaire. Elle offre au soignant une nouvelle attitude, basée sur son expérience professionnelle et personnelle. Elle nécessite du temps, de la disponibilité pour entrer en relation, un temps d'échange, celui surtout de se poser face à une situation, ce qui nous permet de prendre du recul, de s'ouvrir à une nouvelle attention, un nouveau regard, une nouvelle rencontre. Nous ne sommes pas seul dans cette découverte...

Dans la discussion post hypnotique que j'ai eue avec chacun d'eux, je leur ai expliqué avoir utilisé les outils hypnotiques pour les accompagner. Ils ont tous bien accueilli le choix d'accompagnement par l'hypnose. L'un d'entre eux, le premier, pense que j'ai bien fait de ne pas lui avoir annoncé avant, il ne se serait pas senti capable de le faire en « sachant qu'il s'agissait d'hypnose », et pourtant, c'est avec lui que l'hypnose a été la plus utilisée avec une durée de prise en charge des soins sur plusieurs semaines. Les patients ont tous été satisfaits de leur expérience. Ils ont utilisé les moyens mis à leur disposition pendant la transe et en dehors de ma prise en charge. Il s'agit d'offrir au patient la possibilité de le retrouver dans ses difficultés, de ratifier ses émotions, ses sensations. La sortie de la transe négative va permettre de créer le climat de confiance propice aux soins, une relation soignant-soigné de qualité basée sur la confiance, l'écoute, une communication adaptée. Le patient y est le principal acteur. Le patient devient alors celui qui nous enseigne comment encore mieux proposer, mieux accompagner, être encore plus inventif, pour mieux nous retrouver.

3 Discussion éthique

Expérimenter l'hypnose dans la prise en charge de patient est souvent une découverte, pour le patient et le soignant. Je me suis demandée initialement pourquoi j'utilisais intuitivement l'outil de l'hypnose formelle chez certains patients et pas d'autres. Il s'agissait pour moi de proposer une « attitude » dans une situation d'incertitude, une rencontre, à un moment précis qui me laissait le sentiment d'être démunie ; analyser la situation, mon positionnement, ma disponibilité.

L'hypnose m'apparaissait alors l'outil le plus approprié. Mon éthique de soignante repose aussi sur ma formation initiale et continue, mes rencontres avec d'autres professionnels, mes échanges avec les patients, mes lectures, l'évolution de la réglementation et de la société. Bien que l'approche hypnotique ne soit pas reconnue par les ordres professionnels de santé ; les différentes études et mon expérience m'incitent à continuer de la proposer comme complément à ce que je suis habilitée à faire en tant que titulaire d'un diplôme d'infirmière. Toutefois comment proposer l'hypnose dans un moment aigu pour le patient, à un moment de sa vie qui ne lui permet plus d'être rationnel, pendant lequel ses perceptions sont modifiées, altérées et ce, négativement ? Le patient nous contacte pour la réalisation d'un soin technique, pas « pour faire de l'hypnose ». Je me suis ajustée aux compétences du patient (sa conscience critique étant modifiée par la transe négative) et me suis fiée à mon intuition. Mon

intention est alors de proposer une main, une écoute, un accompagnement. Je propose une attention différente, que le patient perçoit.

Nous l'avons vu dans ce travail, le rôle de soignant, va au-delà d'un geste technique. Prendre soin, au-delà du geste technique, est un art à mettre en œuvre. Il s'agit d'aller à la rencontre de l'autre et de l'accompagner, pour cheminer ensemble. L'hypnose permet d'améliorer la prise en charge et l'évolution positive du patient. Cet outil mis à disposition de ceux qui l'acceptent (consentement éclairé), doit pour autant être utilisé avec de réelles compétences, maîtrise du geste technique et connaissances : évaluer une douleur, une sensation, une émotion, reste indispensable à une prise en charge de qualité, en toute sécurité. « Primum non nocere » disait déjà Hypocrate. L'hypnose médicale ne doit pas retarder une prise en charge médicale, ni nuire au patient, d'où l'intérêt de son utilisation par des professionnels compétents formés aux soins, à la connaissance et la pratique de l'outil hypnotique. A mes yeux, la première exigence éthique du soin est la compétence professionnelle, qui me permet de donner des soins de qualité dans le respect des données actuelles de la science, à des personnes informées et consentantes.

Comme tous les soignants, l'infirmière se doit d'utiliser l'hypnose dans son champ de compétences professionnelles, en complément de sa pratique. Elle doit aussi constamment augmenter ses connaissances et questionner sa pratique. Dans les situations complexes, c'est avec d'autres praticiens qu'elle répondra le mieux à ces exigences éthiques.

Conclusion

Le soin repose sur trois axes : la technique, l'organisation et la relation. Penser sa pratique en vue d'inventer un « prendre soin » éthique suppose de réfléchir à ces trois axes. C'est au soignant de se synchroniser avec le patient. Il s'agit de reconnaître le patient dans sa difficulté : ratifier ses émotions, ses ressentis ; lui permettre d'être entendu, reconnu. Au soignant de trouver l'outil le plus adapté à la situation et au patient.

Dans les cas présentés dans ce travail la situation aiguë négative initiale a pu être modifiée par l'utilisation de l'outil hypnotique. Dans un premier temps ramener le patient à l'ici et maintenant du soin puis suggérer de modifier un élément lui ouvre le champ des possibles. Le cercle vicieux qui s'autoalimentait a été rompu. Il s'ouvre une autre possibilité de résolution des problèmes. L'interprétation de la réalité devient modifiable et crée de nouvelles perceptions. Le patient, le corps, la plaie dans toutes ses représentations peuvent alors retrouver des images internes à l'aide de nos suggestions, en créer de nouvelles, et en modifier les émotions. Le soin est moins redouté, plus facile pour le soigné et le soignant. Le souvenir du précédent soin peut devenir alors un souvenir ressource et les anticipations devenir positives.

Chacun trouve alors une forme de satisfaction, celle d'avoir dépassé une difficulté qui semblait insurmontable et également la possibilité de créer une nouvelle réalité davantage fonctionnelle, tant biologique que psychique ou sociale. Chacun est reconnu dans ses capacités, ses compétences. Elle renforce la relation de confiance et améliore confort et bien-être du patient et du soignant à court et plus long termes. Elle permet la conjonction d'une énergie commune pour atteindre un nouvel équilibre, pour partager un succès qui gratifie soignant et patient. Et pour citer Bellet P. :

« L'hypnose contribue à restituer de la sécurité, cicatriser les plaies physiques, psychiques pour qu'elles se ferment et ne restent plus béantes. » (26)

L'hypnose médicale s'inscrit aujourd'hui dans un processus au service du patient et du soignant. Elle s'inscrit comme un outil complémentaire dans le rôle propre de l'infirmière. Ces expériences, et ma formation théorique dans le cadre du Diplôme Inter Universitaire en Hypnose médicale et clinique, me confortent dans ma volonté de proposer un outil supplémentaire dans mon cadre professionnel durant mes soins.

Bibliographie

1. Charline. Bonjour, c'est l'infirmière. Paris: Flammarion; 2017.
2. Bioy A. L'hypnose. Paris: PUF. Que sais-je; 2017.
3. Tosti G. Le grand livre de l'hypnose. Paris: Eyrolles; 2014.
4. Winkin Y. La Nouvelle Communication. Paris: Seuil; 1981.
5. Tenenbaum S. L'hypnose Ericksonienne : un sommeil qui éveille. 3^{ème} édition. Paris: Dunod; 2012.
6. Etienne R, Barbier E, Berlemont C, Jammot N, Moreaux, T. Aide mémoire - Hypnose en soins infirmiers en 29 notions. Paris: Dunod; 2016.
7. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C. Aide-mémoire hypnose en 50 notions. Paris: Dunod; 2010.
8. Virot C, Bernard F. Hypnose, Douleurs aiguës et anesthésie. 1^{ère} édition. Paris: Arnette; 2010.
9. Poupard G, Bilheran A, Martin V-S. Manuel pratique d'hypnothérapie. Paris: Dunod; 2015.
10. Hesbeen W. Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris: Masson; 1997.
11. Hesbeen W. le caring est-il prendre soin ?. Revue Perspective soignante. 1999;8-12.
12. Netz Y, Wu M-J. Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies. Psychol Aging. 2005;20(2):272-84.
13. I.N.S.E.R.M. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. ANALYSE chap 9 Effets sur le bien-être et la qualité de [Internet]. 2015 (consulté le 25 février 2018). Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/?sequence=15>
14. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. In: IASP Task Force on Taxonomy IASP Press [Internet]. 2nd Edition, 2. Seattle: IAPS Press; 1994 (consulté le 13 avril 2018). Disponible sur: <http://www.iasp-pain.org/Education/content.aspx>

15. Bioy A, Berlemont C, Cohen S, Colombani-Claudiel S, Etienne R. Ateliers du praticien 15 cas pratiques en hypnose médicale et hypnoalgésie. Paris: Dunod; 2017.
16. Benhaïem J.M, L'hypnose aujourd'hui. Paris: Inpress; 2005.
17. Nusbaum F, Ribes G, Gaucher et J. La douleur chronique : une dépression liée au déficit d'empathie et d'endocongruence. Apports de l'hypnose. Bulletin de psychologie. 2010;3.
18. Cazard-Fillette C, Wood C, Bioy A. Vaincre la douleur par l'hypnose et l'auto-hypnose. Paris: Vigot; 2016.
19. Lang E. Adjunctive non pharmacological analgesia for invasive medical procedures: A randomized trial. 2000;355(92/4):1486-90.
20. Faymonville M-E, Laureys S, Degueldre C, Delfiore G, Luxen A, Franck G, et al. Neural Mechanisms of Antinociceptive effects of Hypnosis. Anesthesiology.2000.
21. Bruchon-Schweitzer M. «Dimensionality of the bodyimage: the Body Image Questionnaire. Percept Mot Skills 65:887–892.» Image corporelle et cancer: une analyse psychosociale [Internet]. 1987 (consulté le 25 mars 2018). Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/225484622_Image_corporelle_et_cancer_une_analyse_psychosociale
- 4 Cavro E. Douleurs et intersubjectivité. Le Journal des psychologues. 2007;3(46):30–34.
23. Celestin-Lhopiteau I, Thibault-Wanquet P. Guide des pratiques psychocorporelles. Paris: Masson; 2006.
24. Toussaint P, Barbier E. L'hypnoalgésie dans la prise en charge des plaies. JPC Journal des plaies et cicatrisations. 2010;juin(15):6–8.
25. Chaboche A, Bordenave L. L'autohypnose. Paris: Josette Lyon; 2018.
26. Bellet P. L'hypnose pour réhumaniser les soins. Paris: Odile Jacob; 2015.
27. Coudray M. La problématique des soins infirmiers aujourd'hui. Recherche en Soins Infirmiers. 2008;93(2):49-55.

28. Druet P. La raison de la passion -de la liberté et de l'éphémère-. Ottignie: Quorum; 1997.
29. Halfon Y. Douleur et hypnose. Paris: Imago; 2004.

ANNEXES

Annexe 1

L'Art. R.4311-2 du CSP précise le rôle des soins infirmiers :

« Les soins infirmiers [...] sont réalisés en tenant compte [...] de la personnalité de celle-ci (la personne) dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle. (...) »

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. (..) (ils) ont pour objet [...] : 1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social.»⁸

Art. R4311-3 : L'infirmier « identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue.»

Art. R. 4311-5 : « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants, visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement [...] : 19° [...] évaluation de la douleur »

Art. R. 4311-8 : « L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. »

Article R4312-3 L'infirmier ou l'infirmière n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence en vertu des dispositions de la section I du chapitre Ier du présent titre, prises en application des articles L. 4161-1, L. 4311-1 et L. 6211-8.⁹

⁸ LEGIFRANCE, ARTICLES R.4311-1 à R.4311-15 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, op cit

⁹⁹ LEGIFRANCE, ARTICLES R.4311-1 à R.4312-3 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, op cit

Annexe 2

Le Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier énonce dans son Art. 1 que « les soins infirmiers ont pour objet [...] de prévenir et évaluer la souffrance et la détresse des personnes et de participer à leur soulagement [...] »¹⁰

Art. R. 4312-19

En toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement. L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur.

Code de déontologie des infirmiers n° 2016-1605 du 25 novembre 2016

Lors d'un soin, les actions mises en place par l'infirmière relèvent de son rôle sur prescription médicale (application d'une prescription ou d'un protocole) et de son rôle propre.

Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier énonce dans son Art. 1 que

« Les soins infirmiers ont pour objet [...] de prévenir et évaluer la souffrance et la détresse des personnes et de participer à leur soulagement [...] »

L'Art. L-1110-5 de la Loi du 4 mars 2002, relative aux droits de malades et à la qualité du système de santé, précise que

« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort ».¹¹

¹⁰ Le Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier énonce dans son Art. 1 complété par Art. R. 4312-19. et le décret du code de déontologie des infirmiers n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 (annexe2)

¹¹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Plan 2006, Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf (consulté le 25/02/2018)

RESUME

Après un rappel théorique de l'outil hypnotique, je présente le contexte de mon exercice professionnel d'infirmière.

A travers trois cas cliniques, je décris de quelle façon l'hypnose médicale peut trouver sa place dans « la boîte à outils » de l'infirmière libérale.

L'accent est mis ensuite sur les phénomènes de focalisations et d'anticipations négatives que l'on rencontre souvent dès les premiers soins et pansements.

L'intégration de l'hypnose à ma pratique de soins infirmiers permet au soignant comme aux soignés de faire face à certaines situations à l'égard desquelles ils pouvaient se sentir démunis.

MOTS CLES

Hypnose, douleur, anxiété, soins infirmiers, pansement