

Diplôme Universitaire

Hypnose médicale et clinique

Penser aux mots pour panser les maux
Hypno-analgésie des plaies chroniques

Franz WEBER

Directeur de mémoire : Arnaud GOUCHET



2017-2018

Table des matières

Introduction.....	3
Revue des travaux	6
<i>Les plaies chroniques</i>	6
Les escarres	6
Les ulcères	6
La douleur	7
<i>L'hypnose</i>	11
Mon histoire personnelle de l'hypnose.....	11
Communication hypnotique, les mots.....	12
Différentes techniques d'hypnose.....	14
Hypno-analgésie	15
L'autohypnose	16
Méthodologie	18
Cas cliniques	22
<i>Mme C. Du premier baiser à l'invitation au mariage.....</i>	22
<i>Mr C. Passer par toutes les étapes.</i>	28
<i>Mme B. Jouer avec les résistances et improviser.</i>	33
<i>Mr F. Se laisser agréablement surprendre.</i>	36
Discussion.....	38
<i>Se sentir à l'aise, trouver sa place (et sa position).....</i>	39
<i>Tout d'abord, la méthode d'induction.</i>	40
<i>Le temps.....</i>	40
<i>La répétition des séances et l'apprentissage de l'autohypnose.....</i>	41
<i>Le travail en équipe formée à l'hypnose.....</i>	43
<i>Patients créoles et âgés et de l'importance des mots.....</i>	44
<i>Faire confiance et se faire confiance</i>	45
<i>La difficulté du « multi tâche ».....</i>	46
<i>Les limites de l'analgésie : intérêt de l'hypno-sédation ?.....</i>	47
Conclusion	49
Bibliographie.....	51

Introduction

« Puisqu'on ne peut être universel et savoir tout ce qui se peut savoir sur tout, il faut savoir peu de tout.

Car il est bien plus beau de savoir quelque chose de tout que de savoir tout d'une chose ; cette universalité est la plus belle.

Si on pouvait avoir les deux, encore mieux, mais s'il faut choisir, il faut choisir celle-là, et le monde le sent et le fait, car le monde est un bon juge souvent. »

Blaise PASCAL.

Généraliste = Polyvalente.

J'ai choisi la Médecine Générale.

Cette citation des pensées de Pascal me plaît beaucoup.

Regarder, observer, s'occuper d'un être, d'un patient dans sa globalité, quelle belle idée.

A l'heure des hyperspécialisations certainement indispensables, être simplement en face d'une personne dans son entièreté me va bien. L'aider, lui apporter quelque chose ou plusieurs, l'orienter vers d'autres quand je ne sais pas, toujours avec une vue d'ensemble.

Je suis médecin généraliste dans un service de médecine polyvalente.

Les personnes soignées sont fréquemment des patients âgés, avec de nombreux antécédents médicaux, poly-pathologiques.

Je vois, en hospitalisation et en consultation, des patients pour de nombreux motifs, notamment des problèmes cutanés comme des plaies chroniques, escarres et ulcères.

Partie de la médecine qui en rebute plus d'un, qui n'en intéresse que peu, mais avec laquelle les patients vivent et veulent guérir.

Les plaies chroniques sont compliquées à soigner.

Elles représentent des complications d'autres pathologies, elles s'insèrent dans un tableau général parfois dégradé.

Elles sont souvent douloureuses.

Le soin avec la réfection du pansement est souvent également pourvoyeur d'inconfort.

Ce soin et la douleur sont à leur tour source d'une appréhension pour les patients.

Ils attendent le prochain soin avec une certaine anxiété et l'anxiété amplifie la douleur. Le soin est parfois compliqué.

Il peut être en partie amélioré par la prise anticipée d'antalgiques.

Je me suis souvent senti démuni devant cette anxiété, cette douleur que je n'arrivais pas à soulager.

Améliorer le soin, améliorer le confort du patient me paraît important.

Des moyens thérapeutiques existent comme l'aromathérapie qui aide aussi par rapport aux mauvaises odeurs de certaines plaies, la musicothérapie avec des programmes comme Music-care.

Utiliser la complémentarité des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses est un atout.

Le confort du patient passe aussi par apporter une attention particulière au confort des soignants. S'aider de l'hypnose dans le soin des plaies chroniques en proposant de l'hypno-analgésie m'a paru intéressant.

L'hypnose crée une relation privilégiée avec le patient. Une sorte de relation à 3 : le patient, le thérapeute et cette relation elle-même.

En effet, les patients participent au soin et en deviennent en partie acteur.

Ils peuvent apprendre à pratiquer seuls cette technique sous forme d'autohypnose. Cela leur permet de refaire une séance lors de soins ultérieurs, par exemple chez eux lors d'une réfection de pansement par leur infirmière libérale.

J'ai commencé dès les premières formations.

Communication hypnotique, hypno-analgésie.

Lancez vous ! N'essayez pas, faites-le !

J'ai suivi cette recommandation.

Après des rappels concernant les plaies chroniques, la douleur, j'aborderai la place de l'hypnose et notamment de l'hypno-analgésie dans le domaine des plaies.

Je développerai quelques situations cliniques et discuterai la pertinence de certains choix et les difficultés rencontrées dans la pratique de l'hypnose.

Je souhaite montrer à quel point l'hypnose peut changer les choses pour le thérapeute et surtout le patient et leur relation.

Revue des travaux

Les plaies chroniques

Une plaie chronique se définit par une perte de substance avec lésion cutanée évoluant depuis plus de 6 semaines.

Les plus fréquentes sont les escarres et les ulcères chroniques.

Les escarres

L'escarre est une plaie de pression consécutive à une hypoxie tissulaire provoquée par une pression excessive. Elle est une lésion cutanée ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et une saillie osseuse.

Les facteurs de risque d'escarre sont de deux types.

Les facteurs extrinsèques qui sont l'immobilisation, la macération, la pression, le cisaillement.

Les facteurs intrinsèques qui eux sont liés à la personne : l'âge, l'état nutritionnel, le poids, l'état cutané initial et les pathologies associées comme le diabète, l'artériopathie, les maladies neurologiques comme des séquelles d'un AVC ou une neuropathie.

La prévalence des escarres dans un service hospitalier est supérieure à 8% et concerne des patients de 79,9 ans en moyenne. (1) (2)

Les ulcères

Les ulcères sont des plaies de jambe schématiquement soit d'origine veineuse, les plus fréquents, 70 % environ, soit d'origine artérielle, soit mixte. Il existe d'autres étiologies plus rares.

Ils sont la conséquence d'une pathologie vasculaire sous-jacente, veineuse, artérielle ou les deux.

Avant de débiter des soins, il est nécessaire de réaliser un bilan vasculaire afin d'en traiter la cause. (3)

La douleur

La douleur est définie par l'Association Internationale d'Étude de la Douleur (International Association for the Study of Pain - IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes ». (4) Cette définition montre l'aspect multidimensionnel de la douleur, avec une grande place laissée à la subjectivité.

La douleur est définie par 4 composantes : sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle, cognitive et comportementale. (5)

La Douleur aigüe, chronique, provoquée ou induite.

La douleur peut être aigüe, chronique, provoquée ou induite : procédurale. (6)

Aigüe, elle est un signe d'alarme, elle permet de se protéger.

Au-delà du délai de trois mois, la douleur est considérée comme chronique, douleur-maladie. (7)

Dans le cadre de plaie chronique, le patient peut ressentir une douleur permanente en rapport avec une pathologie : artériopathie, néoplasie bourgeonnante, angiodermite nécrosante. Il peut ressentir une douleur aigüe au moment des soins, liée à un geste de déterision, de changement de pansement : douleur procédurale. (8)

La douleur chronique a des répercussions importantes sur la qualité de vie : troubles de l'humeur, troubles du sommeil, altération de la forme physique, difficultés relationnelles. (9)

Elle perturbe le fonctionnement de la conscience. En fixant l'attention, elle diminue les capacités sensorielles et affectives du patient. Elle s'amplifie avec l'imagination et la mémoire. Elle enferme le sujet sur lui-même de façon hypnotique, l'hypnose est une alternative thérapeutique pour le libérer de cette douleur et de son enfermement. (10)

M. ERICKSON disait lui-même à certains de ses patients : « Je ne dois pas vous hypnotiser, je dois vous dé-hypnotiser. » (11)

De plus, en raison des soins répétés, s'ajoute une composante anxieuse d'anticipation.

Physiopathologie simplifiée

Pour passer d'un stimulus nociceptif à une perception douloureuse, il y a de nombreuses étapes. Je propose de simplifier au maximum et de nous intéresser aux structures qui permettent de comprendre les possibilités thérapeutiques qu'offre l'hypnose.

L'information est perçue au niveau de différents nocicepteurs.

Elle circule jusqu'à la moelle épinière par des fibres nerveuses afférentes puis remonte par deux voies nociceptives.

- La voie spino-thalamique, responsable de l'aspect sensivo discriminatif de la douleur.
- La voie spino-réticulée, responsable des aspects douloureux émotionnels, cognitifs et affectifs.

Les faisceaux rejoignent les centres supérieurs :

- la voie spino-thalamique : le cortex somato-sensoriel primaire et secondaire.
- la voie spino-réticulaire : le système limbique et le cortex préfrontal.

Cinq structures cérébrales sont activées lors d'un stimulus douloureux : le cortex pariétal somesthésique, le cortex insulaire, le cortex cingulaire antérieur, le cortex préfrontal et le thalamus.

Parmi celles-ci, le cortex préfrontal est responsable de la composante cognitivo-comportementale de la douleur.

Le système limbique joue un rôle dans l'apprentissage et la mémorisation des sensations douloureuses permettant de développer des mesures d'évitement. Il est composé notamment d'une partie de l'hypothalamus, du thalamus, de l'hippocampe et du cortex cingulaire antérieur. Celui-ci joue un rôle majeur dans la composante affectivo-émotionnelle de la douleur.

Le thalamus est le modulateur de la douleur par l'intermédiaire de noyaux rattachés à la substance réticulée. Celle-ci a un rôle dans le contrôle de la vigilance et de la motricité. Elle est appelée centre activateur de l'éveil. Sa stimulation provoque le réveil : rôle de protection dans les situations de stress.

L'hypnose permet d'apprendre à pouvoir gérer les émotions en diminuant l'activation du thalamus, maîtriser la transmission d'informations psychologiques, émotionnelles, culturelles. L'inactivation de la réticulée diminue la transmission de la douleur sans l'annuler. Cela permet

de rendre un soin plus confortable en focalisant l'attention sur quelque chose d'agréable, comme lors d'une séance d'hypnose induisant un état de conscience modifié.

Il existe deux dimensions principales dans la douleur : sensori-discriminative, aspect physiologique et affective, psychologique.

L'hypnose pourrait diminuer de 80% la composante affective, côté désagréable et 45% la composante sensorielle, l'intensité. (12)

Pour savoir si le soin a été plus confortable, il faut évaluer la douleur et sa potentielle diminution.

Mon évaluation de la douleur se fait sur l'observation des patients durant le soin, leur état général, visage, mains, signes végétatifs, tension, respiration, transpiration. Je leur pose aussi la question sur leur ressenti en leur demandant directement comment cela s'est passé à la fin de la séance.

Je n'utilise pas d'échelle type EVA, échelle visuelle analogique ou autre.

Chez les patients porteurs de plaie chronique, la douleur fait partie de leur quotidien.

Sa prévalence dans les ulcères, toutes causes confondues, est de 50 à 73%. Les patients la décrivent comme le symptôme le plus pénible. (13)

La douleur dans les plaies chroniques est complexe avec hyper nociception, composante neurogène et psychogène.

Durant le soin, les phases de lavage et de détersion sont ressenties comme les plus douloureuses. L'évolution longue de la plaie est aussi à prendre en compte avec son facteur psychologique.

Il y a le vécu de la plaie et de ce qu'elle peut véhiculer.

Pour une lésion d'ulcère sur les jambes, soit elle est visible soit elle est cachée sous un pansement, lui-même visible. En région chaude, comme à l'île de la Réunion, cela impose le port de vêtement long pour les cacher.

Dans le cas de maladie veineuse, elle nécessite aussi des bas ou chaussettes de contention, pas toujours bien tolérés.

Pour les escarres, il s'agit principalement de patients alités.

Le ressenti de cette plaie chronique est souvent difficile. Elle est pourvoyeur de douleur, d'inconfort. Elle peut aussi être mal odorante.

Psychologiquement, elle renvoie une image négative. Il s'agit dans tous les cas d'une perte de substance, ou plus simplement et vulgairement d'un trou! Un « trou » qui peut être compris

comme une rupture des limites de soi... Une discontinuité de la peau et des limites du corps, une porosité incontrôlée et non désirée entre le « soi » et le « non-soi ».

La plaie chronique oblige à vivre avec un morceau de soi en moins, un manque.

Le corps peut être vu comme décharné.

La dénutrition est souvent présente avec les escarres. Cela majore encore le ressenti de perte, de corps vieillissant.

Dans ce contexte, la répétition des soins rappelle régulièrement ces aspects, comme une transe négative, un effet d'hypnose négative des soins.

Les soins peuvent être douloureux par eux-mêmes en plus de la douleur liée à la plaie.

Une appréhension peut s'installer. L'expérience de soins douloureux provoque une anxiété à l'idée du prochain.

Plus qu'une anxiété, il s'agit d'une appréhension et d'une peur.

Pour Antoine BIOY, l'anxiété se manifeste par des troubles psychiques en réaction à un danger souvent non spécifique ou inconnu pour la personne. L'objet de l'anxiété se situe souvent dans l'imaginaire de la personne, tourné vers le futur. (14)

Dans le cas présent, même lors d'une première consultation durant laquelle le patient peut ressentir de l'anxiété par rapport à une nouvelle situation ou un soin potentiellement différent de ceux qu'il a déjà eu, il peut ressentir une appréhension douloureuse par rapport aux souvenirs des soins déjà reçus.

Réussir à apporter plus de confort durant le soin est un objectif majeur.

En effet, ces douleurs doivent être prévenues et doivent être soulagées. D'après la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « 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 ».

La prise en charge de la douleur lors des soins fait partie des recommandations par des traitements médicamenteux et non médicamenteux.

Les traitements

Les antalgiques de palier 1 à 3 peuvent être utiles.

Le mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote assure une antalgie et une anxiolyse.

Les techniques non médicamenteuses à notre disposition doivent être associées. J'en cite quelques-unes sans être exhaustif : relaxation, toucher-massage, musicothérapie, aromathérapie et bien sûr hypnose. (15)

La musicothérapie se pratique dans le service avec le programme Music-care. Il permet une baisse significative des douleurs et des consommations d'anxiolytiques dans la prise en charge de douleur chronique. (16)

Une infirmière et une aide-soignante ont suivi une formation spécifique. Les autres se sont formées en les voyant faire.

L'hypnose

Mon histoire personnelle de l'hypnose.

Une rencontre.

J'ai vécu l'hypnose comme une rencontre.

En premier avec moi-même, m'invitant à en savoir plus puis à me former, me permettant ensuite de rencontrer les autres différemment.

Un chemin.

Long chemin pour commencer ce travail. Travail muri durant deux années.

Une envie.

Envie d'aider les autres par des moyens différents.

Envie de proposer aux patients une relation particulière et nouvelle.

Les personnes qui veulent se former à l'hypnose médicale n'arrivent pas là par hasard. Elles sont déjà sensibilisées par un parcours personnel, un vécu, une approche avec des questionnements qui peuvent être différents d'autres soignants.

Le pas de côté, cette volonté de créer un décalage, de changer de point de vue.

Mon histoire scientifique de l'hypnose commence avec le nom de Milton ERICKSON entendu pour la première fois en novembre 2016, premier jour de formation. Un des rares étudiants à qui ce nom n'évoque rien.

M. ERICKSON définit en 1958 l'hypnose comme un état de veille avec concentration accrue, permettant une augmentation de la réceptivité et de la réactivité à une idée ou à un groupe d'idées.

Il dit que l'hypnose est un phénomène naturel. Chacun a la faculté intrinsèque d'y accéder. C'est une relation qui a lieu à l'intérieur d'une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre. Il souligne l'importance de la relation patient-thérapeute. (17)

Communication hypnotique, les mots

La communication a plusieurs visages. Le langage en est un. Il comprend lui-même différents canaux.

Le langage non verbal correspond à l'apparence de la personne : son attitude, ses gestes, ses expressions du visage, sa respiration, son regard, sa tenue vestimentaire (style, couleurs, ...), ses « accessoires » cosmétiques (bijoux, maquillage, parfum, ...) ...

Le langage para-verbal concerne les intonations, le ton, le rythme du discours.

Le langage verbal est représenté par le vocabulaire. (18)

Sensible et attentif à ce qu'il se passe au sein d'un service, la formation révèle certaines choses en termes de relation entre soignants et dans la relation avec les patients et en accentue encore d'autres.

Certaines attitudes, certains mots, le vocabulaire employé par d'autres soignants, qui pouvaient déjà interpeller, interroger, se mettent à choquer, à siffler, à la limite par moment du supportable.

En effet, en parlant d'hypnose, plusieurs domaines sont abordés, l'hypnose formelle et l'hypnose conversationnelle. La communication hypnotique est un état d'être plus général. Elle peut représenter une première approche du monde hypnotique.

Que peut-on penser de visites de médecins qui entrent dans des chambres sans frapper à la porte, sans dire bonjour aux patients et ressortent sans dire au revoir ou à plus tard ?

J'ai pris la liberté de compter ce genre de choses lors de plusieurs visites, simplement pour savoir si mon ressenti s'appuyait sur des faits ou une impression personnelle. Sans donner les chiffres, je peux affirmer que même dans un service à taille humaine, dans le « soin

bienveillant », si cela signifie quelque chose (?...), que simplement dire bonjour, au revoir, se présenter, n'est pas systématique, pour ne pas dire rare...

Avec l'apport de ces formations, apprendre le choix des mots et en comprendre leur signification, leur subtilité pour les faire siens, a été une révélation.

Comment influencer le choix des mots de ses collègues qui par moment viennent résonner dans les oreilles ?

Je me permets quelques exemples forts, la plupart notés mot à mot lors de ces dites visites.

Il ne s'agit pas de critiquer. Je souhaite montrer le quotidien d'un hôpital, de ses mots employés.

Il n'y a pas de volonté de mal faire, simplement de faire. Ne pas se mettre à la place du patient, simplement imaginer la force et l'impact de certains mots prononcés de façon parfois brutale.

Alors faisons mieux, ensemble.

« Vous avez fait une petite attaque au cerveau. » Dr

« Ouvrez les yeux, là ; on se réveille ! » Dr

« Petite piqure dans le ventre. » Dr

« Attention Mme, je vais piquer... je vais piquer... je vais piquer maintenant. » IDE

« Le sommeil, c'est bon quand même avec le traitement qu'on vous donne ? » Dr

« Dr C., ça c'est un danger publique... » (A propos du médecin traitant du patient, dit devant le patient). Dr

« Faut leur dire, on ne vous laisse pas le choix ; faut les foutre dehors » (A propos d'une famille d'un patient en fin de vie ; discussion pour rester la nuit et le matin au chevet du patient). Dr

« Lui, c'est mort ! » (en parlant d'un gros hématome de la cuisse, devant le patient.) Dr

« Il doit avoir une démence OH, quand même. » (OH = alcoolique) Dr

« On est coincé car on ne voit pas trop ce qu'on peut faire de plus. » Dr

« C'est Mme S., c'est les tendons nécrotiques. » Interne

« BLSE dans les hémocultures, ça ne peut pas venir de la plaie du pied ! sauf si elle se chie dessus... » Dr (A propos d'une patiente porteuse d'une bactérie multi résistante dans le sang, sans point d'appel clinique franc et ayant une plaie à la jambe)

« Faut tout arrêter ! » (En parlant du tabac et de l'alcool) Dr

« Chez un mec multi-lacunaire. » Dr

« Il y a une métastase cérébrale, la chimiothérapie devient palliative. » Dr ; devant un signe de surprise de ma part, il rajoute : « il ne comprend pas, c'est juste des mots ! »

Je suis entré quelques instants avant mes confrères et me suis assis à côté d'une patiente. Elle était agitée et je l'entendais du couloir depuis quelques instants. Je ne la connaissais pas avant. Mes confrères rentrent à leur tour après une ou deux minutes, visite de 6 personnes : « elle a une cécité » dit le Dr qui s'occupe d'elle. Depuis 5 minutes, la patiente me regarde dans les yeux : je lui demande combien nous sommes : elle compte 6 personnes debout ! Le même Dr enchaine : « elle est démente » toujours devant elle pour justifier une réponse chanceuse de sa part ; je lui pose quelques questions : elle est cohérente et comprend bien.

Il est parfois compliqué de changer des personnes qui ne souhaitent pas toujours accueillir le changement. Des mots, des phrases sont glissés. Parfois des discussions sont lancées. Le travail a commencé et continue. Avec persévérance.

Antoine BIOY a lancé la réflexion au cours de la formation pour savoir si nous devons faire preuve de bienveillance avec nos patients, ou plus exactement si nos patients attendent de la bienveillance de notre part. La question sous entendue était que la bienveillance n'est pas une recette, pas quelque chose que nous rajoutons, que nous proposons en plus. Comme si cela devait être soit naturel, voire implicite, soit pas là.

L'autre question était de se dire que les patients n'attendent pas de bienveillance de notre part, en tous cas, ce n'est pas ce qu'ils attendent de nous en premier. Ils veulent être soignés.

Dans le soin, le « care », je pense qu'il y a tout, accompagnement positif inclus, de là à parler de bienveillance... ?

Déjà ne pas être malveillant même involontairement... ? !

Différentes techniques d'hypnose

La dissociation est un principe fondamental en hypnose. Etre là, ici et maintenant et ailleurs à la fois, dans le présent et dans un souvenir ou autre part. Durant la phase de dissociation, phase au cours de laquelle il est susceptible de perdre ses certitudes, il a la possibilité de prendre conscience qu'un changement est possible.

La réification est intéressante dans la douleur. Elle a sa place en autohypnose et lors de séances répétées. Par la description imagée d'un symptôme puis par la modification de cette image, le sujet peut diminuer sa douleur ou la faire disparaître.

La lévitation ou la technique de Rossi permettent d'associer l'idée de lâcher prise, de relâchement.

La catalepsie maintient l'attention du patient sur une partie de lui, la main par exemple.

La confusion est peut-être plus une technique dans l'urgence avec un patient enfermé dans une transe négative. Elle peut permettre de renouer un contact avec lui.

Les métaphores permettent de quitter le langage de la plainte, d'établir une relation empathique, de recadrer une symptomatologie, de permettre au patient de changer de point de vue, d'encourager l'imagination personnelle du patient.

Les suggestions facilitent l'apparition d'une sensation de bien-être général. L'utilisation de suggestions indirectes permet de contourner les craintes et résistances. Suggérer fait appel à des techniques de langage et s'applique selon les centres d'intérêts du patient. Les suggestions post hypnotiques aident à préparer le patient à la réalisation de soins répétés.

Les techniques dites « de sécurité » avec l'utilisation du lieu de sécurité, lieu sûr, safe place sont apaisantes pour le patient. Elles conviennent aussi bien lors de soins et en autohypnose pour les soins récurrents. Il s'agit d'amener le patient dans un endroit de son choix, connu ou imaginaire où il se sent bien et en sécurité.

Hypno-analgésie

L'hypno-analgésie est l'utilisation de l'hypnose formelle et conversationnelle dans la prise en charge de douleurs aiguës et chroniques. Elle peut s'utiliser seule ou en association avec d'autres moyens thérapeutiques.

L'hypnose s'avère être un outil particulièrement efficace dans la prise en charge des douleurs liées aux soins et dans le traitement des douleurs chroniques.

Différentes études valident, aujourd'hui, les bénéfices de cette approche psychocorporelle sur le confort physique et psychologique des patients. (19)

La lutte contre la douleur est une très bonne indication de l'hypnose en gériatrie. Elle permet de diminuer une grande partie du message douloureux qui remplit le champ de conscience du patient. (20)

L'autohypnose

Il est difficile de trouver une définition de l'autohypnose, certains parlant même d'autohypnose primaire et secondaire.

L'autohypnose permet au sujet de se remettre seul dans un état d'hypnose.

L'autohypnose apparaît comme une expérience vécue seule par une personne lui permettant l'accès à un état de conscience modifié dans la réactualisation de la relation au thérapeute. (21)

Cette pratique consiste à apprendre à modifier son état de conscience pour favoriser à travers ce processus un meilleur positionnement, prolonger un travail thérapeutique engagé avec un professionnel. (22)

Pour cela, une fois les bases acquises, il est possible de s'entraîner régulièrement. Apprendre à être et rester dans cette présence active, les yeux ouverts ou fermés, permet que l'état hypnotique s'enclenche. Les techniques simples sont facilement réalisables, comme la respiration consciente, le lieu de sécurité associée à un geste corporel, la lévitation, la catalepsie...(23)

Plusieurs études ont montré l'efficacité de l'autohypnose pour diminuer la douleur, diminuer la prise d'antalgiques, réduire l'anxiété du patient, augmenter le confort durant le soin et après celui-ci, et cela dans différentes situations cliniques : greffe de rein, coloscopie, fibromyalgie, membre fantôme...(24)

Dans le contexte du soin chronique, le patient peut améliorer son confort lors de la réalisation des pansements notamment avec l'infirmière libérale à domicile.

Pour cela, je propose aux patients de répéter la séance que nous avons faite ensemble, une fois qu'ils sont chez eux.

Comme le rappelle A. BIOY, l'autohypnose est un outil permettant d'accroître l'autonomie du patient. (25)

L'état d'hypnose survient tous les jours chez tout le monde à différents moments de la journée. M. ERICKSON parlait de « common everyday trance ». Le travail du thérapeute consiste à aider la personne à retrouver cet état et à l'amplifier.

En présentant cet aspect aux patients et en leur demandant de refaire eux-mêmes la séance chez eux, l'apprentissage en est facilité. (26)

Méthodologie

Les séances ont eu lieu lors de consultations externes ou lors du séjour de patients en hospitalisation.

Le service de médecine Saint-Louis est un service de médecine polyvalente de soins aigus.

Il comporte 32 lits d'hospitalisation. La moyenne d'âge des patients est de 73 ans et la durée moyenne de séjour est de 7,5 jours.

La prise en charge d'une plaie chronique est par définition longue.

Elle évolue parfois depuis des mois. La plaie ne sera pas guérie au terme de cette hospitalisation ou après une seule consultation.

Le recrutement se fait soit au décours d'une hospitalisation soit au cours d'une consultation.

Lors d'une hospitalisation, la plaie peut être présente ou apparaître. Je revois alors souvent les patients après la sortie en consultation dans le cadre du suivi spécifique de leur plaie et/ou plus globalement en fonction du contexte.

Certains patients sont adressés directement en consultation, pour leur plaie ou pour un bilan plus général. Dans ce cas, dans la mesure du possible, le suivi est fait en consultation.

Il arrive que la lourdeur des soins nécessite une hospitalisation programmée.

En effet, certains soins sont très longs à réaliser.

La consultation pour plaie permet aussi parfois de mettre en avant d'autres pathologies nécessitant une hospitalisation.

Dans les 4 situations que je vais présenter, il s'agit 3 fois de patients adressés en consultation. Ils seront hospitalisés devant des tableaux différents mais un peu complexes. Le quatrième a été directement hospitalisé pour la prise en charge de ses plaies.

Mme C.

Mme C. a 69 ans.

Elle m'est adressée par une consœur angiologue, médecin vasculaire de Saint Paul, en mars 2017.

Elle a une plaie chronique de la jambe sous forme de deux plaies suspendues de la jambe. Cette plaie évolue depuis plus de 6 mois. Elle est survenue suite à un simple traumatisme banal et s'est agrandie malgré les pansements réalisés par l'infirmière libérale.

Elle arrive en consultation sur brancard par ambulance. Elle est accompagnée de son mari.

Elle est souriante, posée. Je ressens une harmonie entre elle et son mari.

Ses antécédents sont principalement marqués par une hospitalisation récente pour un tassement lombaire suite à une chute dans un contexte d'ostéoporose entraînant des douleurs de jambe limitant sa mobilité. Elle est suivie pour un diabète, une hypertension.

Dès le début de la consultation elle me parle de ses douleurs importantes lors de la réfection des pansements. Elle a une appréhension majeure de ce qui va se dérouler.

Devant cette douleur, la fréquence des pansements, les différentes explorations nécessaires, je lui propose rapidement une hospitalisation pour réaliser les soins dans les meilleures conditions possibles et des examens complémentaires.

Le premier pansement est réalisé lors de cette consultation et les suivants dans sa chambre d'hospitalisation. Je lui propose de faire un accompagnement hypnotique pour lui apporter plus de confort et se sentir mieux lors de ce pansement.

Mr C.

Mr C. a 52 ans. Un médecin généraliste de Saint Louis qui m'adresse régulièrement ses patients en consultation ou en hospitalisation m'a demandé de voir Mr C.

Mr C. vient pour un ulcère mal étiqueté qui évolue depuis plus de deux ans. Il est principalement suivi par son infirmier libéral qui refait le même pansement tous les jours depuis deux ans. La plaie n'a pas évolué depuis.

Mr C. vit avec sa mère.

Il est accompagné à cette consultation par sa mère et son frère. Sa mère lui parle comme à un jeune enfant. Il a un discours assez simple. Il a des réactions d'enfant, parfois un peu immature. Il a un contact singulier. Il n'a jamais été autonome et a toujours vécu avec sa mère. Il est stressé. Il se sent nerveux.

Ils attendent beaucoup de la consultation.

Jusqu'à présent, il est simplement suivi pour une hypertension artérielle.

Il est obèse avec des déplacements lents. Il n'a jamais eu de bilan spécifique.

Il prend plus ou moins ses traitements, deux médicaments pour l'HTA.

Il n'a pas d'activités sportives, marche très peu.

Il aime la télévision, le cinéma. Il connaît de nombreux films, acteurs. Il aime les Marvels, les super héros, les films fantastiques, les films d'aventure.

Dès la première consultation de nombreuses problématiques médicales sont présentes.

Le bilan de cette plaie n'a pas été fait. Avant de proposer des soins, des pansements, il faut comprendre l'étiologie de la plaie, sa physiopathologie. Pour cela, il est nécessaire d'explorer l'état vasculaire et trophique par des examens complémentaires.

Dans ce contexte global et devant une HTA majeure, une hospitalisation est proposée.

Elle va permettre de s'occuper en même temps de plusieurs problématiques différentes, de commencer rapidement un traitement et de débiter des soins adaptés pour la plaie.

Un enregistrement du sommeil affirme le diagnostic de SAS pour lequel un appareillage nocturne est mis en place.

Dans ce contexte général, nécessité de confiance, de confort pour les pansements, je lui propose de l'aider pendant les pansements en lui parlant et lui permettre de se relâcher et penser à autre chose.

Mme B.

Mme B. a 46 ans. Elle est adressée par une angiologue de Saint Paul. Elle a une petite plaie ulcérée douloureuse de la jambe évoluant depuis 8 mois suite à une lésion de grattage d'une piqure d'insecte, dont le bilan a mis en évidence un terrain d'insuffisance veineuse.

Malgré le traitement étiologique par le port de bas de contention, la plaie ne se ferme pas. Mme B. a des douleurs permanentes. Les soins déclenchent aussi des douleurs en plus.

Elle a une activité physique régulière mais reste debout une partie de la journée, elle est professeure des écoles. Elle vient donc un mercredi après-midi en consultation, avec son mari.

La plaie, la peau péri-lésionnelle et la douleur évoquent une angio-dermite nécrosante. Je lui propose une hospitalisation pour réaliser une biopsie (qui a confirmé le diagnostic), une greffe de peau en pastilles. Elle accepte de revenir dans quelques jours.

Je lui demande si elle connaît l'hypnose. Elle n'en a jamais fait l'expérience.

Mr F.

Mr F. a 79 ans. Il m'a été adressé en hospitalisation par un confrère qui l'a vu au service d'hyperbarie, dans le cadre du suivi d'une plaie. Il est porteur d'un ulcère ancien de jambe évoluant depuis plus de deux ans. Il s'agit d'un ulcère veineux de taille assez importante.

Il est partiellement dépendant. A la maison, il est aidé par une infirmière pour la toilette et pour les soins. Il va un peu au fauteuil et fait quelques pas dans la maison, il va à peine dans la cour.

Il a une hypoacousie. La communication est bonne. Malgré cela, je ne me suis pas impliqué fortement initialement dans la relation avec Mr F. dans le sens d'entretien ou d'échange.

Il va me surprendre et se laisser surprendre est une très bonne chose.

Cas cliniques

Mme C. Du premier baiser à l'invitation au mariage.

Pour ce premier soin, son mari est assis sur une chaise, elle est allongée sur la table d'examen et je suis seul avec eux pour faire le soin et partir en transe.

Je commence avec une induction par VAKOG pour focaliser son attention.

Je lui demande de fixer une image au mur en face d'elle, ressemblant à une cible. Je lui suggère de prendre une position confortable.

« Regardez le centre de la cible, qui peut être net, ou flou. (Ses yeux restent ouverts) Vous voyez la luminosité de la pièce, et vous entendez des bruits, les oiseaux dehors, la climatisation et ma voix continuera de vous accompagner, vous vous concentrez sur ma voix, voilà... à un moment si vous souhaitez me faire un signe, me dire quelque chose, vous lèverez un doigt... la main droite est sur le ventre, la main suit le rythme de la respiration, vous vous sentez confortable, bien installée... le corps est bien, relâché, c'est très bien... je vais bouger et ma voix va bouger aussi par moment, elle va continuer à vous accompagner, et, vous fixez ce point, comme un tunnel, qui vous trans...porte quelque part, un endroit que vous choisissiez, un endroit où vous êtes bien, vous vous sentez totalement relâchée...c'est très bien...et moi, je bouge un peu, je mets un masque, ma voix sera peut être modifiée, (j'enfile un masque et je me rapproche de ses pieds) plus loin et toujours là, et vous êtes à la fois toujours là et à la fois dans cet endroit que vous avez choisi, qui peut être une pièce dans une maison... un lieu extérieur, et vous pouvez y sentir des sensations... comme de l'eau qui coule, imaginer quelque chose de frais sur vous, voilà (le soin commence avec des compresses humides posées sur sa plaie) ... c'est très bien, avec ma voix qui vous accompagne, et pendant que vous entendez ma voix, vous regardez avec votre regard intérieur ce lieu que vous avez choisi... vous êtes là-bas, et pendant que vous êtes là-bas, je fais le soin et vous vous sentez bien, de mieux en mieux... confortable... beaucoup mieux... c'est très bien... je vous laisse profiter de ce lieu ... (le soin se poursuit, je parle lentement, plus ponctuellement) c'est très bien... vous pouvez imaginer des histoires qui se déroulent dans ce lieu, une histoire, où vous respirez tranquillement... c'est très bien... ma voix continue d'être avec vous... pendant que vous êtes toujours là-bas, vous respirez tranquillement, (le soin se finit) ... et tout doucement, vous êtes aussi ici, vous pouvez de nouveau entendre la climatisation, regarder autour de vous, revoir la pièce et revenir ici et maintenant, ensemble ici. »

J'enlève mon masque et je me rapproche de sa tête, là où je me trouvais au début de la transe. Elle me regarde et me dit qu'elle est prête et que je peux commencer le soin. Surpris, je regarde son mari qui me sourit, je la regarde, je lui dis que j'ai fini mon soin et que le nouveau pansement est déjà en place. Elle m'attrape dans ses bras et m'embrasse très fort sur la joue. Elle n'en revient pas que le soin soit déjà fait. Je suis aussi content qu'elle, et nous sommes tous autant surpris, pour des raisons différentes, toutes très satisfaisantes. Je lui propose de rester hospitalisée pour pouvoir refaire régulièrement dans les mêmes conditions les soins car la plaie en a besoin.

Le prochain soin se déroule durant l'hospitalisation le surlendemain, je réalise encore le soin, seul avec elle.

Elle est cette fois allongée dans son lit.

Je lui demande de regarder, de fixer une image d'anneaux concentriques que j'ai posée sur la tablette devant elle, ressemblant à une cible ou un tunnel. Je lui propose de ...

« Prendre une position la plus confortable possible, bien poser la tête, regarder le centre de cette cible, qui peut rester bien net, ou un peu flou... en fixant le dessin, vos paupières se ferment ou restent ouvertes, comme vous le préférez, vous voyez la luminosité de la pièce, et vous entendez des bruits, les oiseaux dehors, le moteur de la climatisation qui tourne, qui ronfle... et comme nous sommes dans cette pièce, peut-être le bruit plus tard de la porte qui pourra s'ouvrir, une sonnette, peut-être mon téléphone qui pourra sonner, peut-être que par moment je parlerai à quelqu'un d'autre, mais ma voix continuera de vous accompagner ... et vous pouvez vous concentrer sur ma voix... c'est très bien ce que vous faites... si à un moment vous voulez me dire quelque chose, vous pourrez lever un doigt de la main qui est sur le ventre, vous choisissez le doigt que vous voulez lever, ou pour dire oui et répondre à une question... la main droite suit votre respiration, à chaque fois que vous prenez de l'air, il gonfle vos poumons et votre ventre, la main suit la respiration, à chaque inspiration elle monte et à chaque expiration, elle descend, elle ondule comme une vague et à chaque inspiration, vous vous sentez de plus en plus confortable, de mieux en mieux installée, le corps bien aussi, relâché, vous vous sentez bien... c'est très bien, très très bien... et là, je glisse ma main sous la main gauche, pour monter la main gauche, (je prends sa main et la positionne) pour que la main soit confortablement installée, laissant tomber les doigts, la main, totalement relâchés... et à chaque inspiration sentir l'air léger venir dans le bras et la main gauche, la main qui est tellement légère qu'elle

reste en l'air comme posée, là-haut, vous êtes très bien, c'est très bien... ma voix va bouger par moment, va continuer à vous accompagner, et, vous restez avec ce point fixe qui vous invite à partir, comme dans un tunnel, un tunnel que vous parcourez, qui vous amène dans un endroit que vous choisissez, un endroit où vous êtes bien, où vous aimez être, une partie de vous est totalement là-bas, avec, votre ange gardien qui vous guide, qui vous amène là-bas, et une partie de vous qui entend ma voix, qui est ici, vous vous sentez totalement relâchée, c'est très bien... et moi je me déplace un peu, je mets un masque, ma voix sera un peu plus sourde, comme loin, toujours là, je vais bouger un peu la jambe, (je repositionne sa jambe) ... et pendant ce temps, vous restez dans cet endroit que vous avez choisi, qui peut-être une maison, un lieu extérieur, vous entendez d'autres bruits (j'ouvre des boîtes stériles), cela ne vous empêche pas d'entendre d'autres bruits, je plie la jambe, (ce que je fais) ... comme ça, c'est très bien... je mets la compresse, pour nettoyer, c'est agréable, vous pouvez sentir de l'eau qui coule, imaginer quelque chose de frais qui passe sur vous, comme des chatouilles, une sensation différente que vous pouvez imaginer vous-même, c'est très ... très bien ... je vous laisse imaginer votre décors, voilà, c'est très bien, ma voix qui est par moment-là, par moment plus loin... vous continuez avec votre regard, avec cet espace à vous, vous vous sentez bien, voilà, avec une respiration calme, peut être que vous êtes posée, peut être que vous faites quelques chose... vous êtes là-bas, et ma voix parfois moins là, c'est très bien ce que vous faites... dans ce lieu, vous y avez peut-être déjà vécu des choses, agréables, imaginer à revivre, en vivre d'autres, ce qui est important c'est de vous imaginer là-bas, vous imaginer toute seule y retourner, en refaisant le même exercice, toute seule, pendant que quelqu'un vous fait des soins ou quand vous avez cette gêne sur la jambe, cet inconfort que vous avez depuis quelques mois, et vous sentir beaucoup mieux... c'est très bien... (je ne parle pas, je suis dans le soin)... dans ce lieu vous pouvez sentir qu'il y a de l'activité, des personnes, du mouvement, peut-être qui touchent la jambe, comme là (détersion) avec des sensations différentes, c'est très bien, je vous laisse profiter de ce lieu ... c'est très bien... vous pouvez imaginer des histoires, si vous aimez les histoires... bien respirer tranquillement... c'est très bien... encore des bruits (nouvelle ouverture de sachet) ... sensations différentes sur la jambe, je tamponne, doucement, vous imaginez qu'avec votre respiration, vous prenez de l'air, que cet air vient jusque dans la jambe, dans le bras qui reste souple ... ma voix continue de vous accompagner... par moments moins là, (je place le pansement, le soin est fini), vous, vous êtes toujours là-bas, et maintenant, la voix se rapproche de vous, (je me rapproche d'elle) et je prends la main, et je vois des larmes... « non, ...l'a coulé... » dit-elle, d'accord, progressivement, je fais descendre votre main, jusque sur le lit, (je change de position, ma main rejoint son autre main sur le ventre), ensemble, nous allons

prendre une grande inspiration puis nous allons souffler, (ce que nous faisons ensemble) entendre de nouveau maintenant ce qu'il se passe ici... rejoindre les mains, l'une l'autre, les sentir qui bougent, entendre de nouveau la climatisation, progressivement, regarder autour de vous, la pièce et revenir, ici et maintenant, vous êtes là, nous sommes là. »

Elle sourit, petit rire.

Comment ça va ? « Ça va bien » me répond-elle, ça a coulé, « ça a coulé tout seul car on met des médicaments dedans », ok, (elle sourit) « je me sens bien », vous avez vu le dessin tourner ? « un peu flou ».

Elle me raconte qu'elle est partie chez son fils, c'est son safe place, son lieu de sécurité, où elle est assise dans le salon et regarde la télé, avec les petits marmailles.¹

Elle est satisfaite. Moi aussi...

Quelques jours plus tard, pour la réfection du pansement, nous nous installons de la même façon. Elle est allongée dans son lit, un dessin en spirale, différent du précédent, est posé sur tablette.

Je commence la séance :

« Nous allons commencer le soin, nous nous installons de la même façon, et nous allons refaire un peu les mêmes choses, je veux que puissiez rentrer à la maison, avec l'infirmière qui fera les pansements à la maison, sans moi, l'objectif, c'est vous que puissiez, toute seule à la maison, avec ce dessin ou en fixant un point à la maison, refaire les mêmes étapes, c'est à dire regarder quelque chose, se concentrer sur les sons, il n'y aura plus ma voix, ce sera à vous de vous raconter l'histoire, être bien installée, penser à la respiration, la main sur le ventre, que l'infirmière fasse son travail, et à la fin, vous referez l'inverse, entendre les sons, regarder la pièce, et être de nouveau là, revenir, bien présente, et pendant ce temps-là, vous serez de nouveau allée là où vous voulez, vous êtes allée deux fois chez votre fils, et peut-être que vous aurez envie d'aller ailleurs à ce moment-là, et l'idée, c'est que vous puissiez vous échapper, être moins présente au moment du soin de l'infirmière à la maison, c'est ça l'objectif, pour que le soin soit le plus confortable possible, que vous vous sentiez le mieux possible.

Là, nous allons commencer, (la porte s'ouvre et se referme) la porte peut s'ouvrir de nouveau, comme elle vient de s'ouvrir... comme mon téléphone peut sonner... je vais remettre le masque comme les autres jours, et vous, vous restez ... elle dit : « concentrée », concentrée ... mais surtout vous savez que par moment ma voix peut parler à quelqu'un, que je peux bouger, faire

¹ Marmailles : mots pour désigner les enfants en créole.

autre chose, d'accord ?... « oui »... si vous êtes d'accord, je vais vous demander de regarder de nouveau le centre de ce dessin, qui est encore un nouveau dessin, pas le même que les deux premières fois, chaque fois, on peut trouver des dessins différents, « oui »... vous regardez le centre, vous le fixer, en visualisant bien qu'il y a des choses autour... la lumière qui vient de la gauche, de la fenêtre... (ma voix se ralentit) plus vous regardez ce centre, plus vous avez l'impression que c'est comme un tunnel... une vague... et plus vous le regardez, plus vous avez l'impression qu'on peut rentrer dedans... aller tout au bout là-bas, et au fur et à mesure que vous rentrez dedans, vous entendez le souffle de la climatisation, le bruit des oiseaux qui chantent qui nous envoient leur cui-cui, le bruit dans le couloir, un peu plus loin, et puis ma voix ... ma voix qui est toujours là, ma voix qui vous accompagne ... sur laquelle vous pouvez vous reposer, vous pouvez mettre la main droite sur le ventre, c'est bien... c'est très très bien, bien installée, reposée, souple... vous me dites si vous voulez que je relève un peu le lit, « oui » (ce que je fais)... voilà, très bien, « là c'est mieux », super, les épaules bien relâchées, c'est très bien ce que vous faites, et cette main qui monte ... à chaque fois que vous prenez de l'air... et qui descend à chaque fois que vous soufflez, qui relâche le corps, bien installé, totalement confortable, bien en place dans le lit, sur ce matelas confortable... et à chaque respiration, vous êtes de mieux en mieux (la porte s'ouvre et se referme rapidement ce que je ratifie en le décrivant) la porte s'ouvre et elle se referme, et vous, vous restez bien au fond de ce tunnel ou de ce point qui devient ... peut-être flou comme la dernière fois ou peut être plus fixe, qui vous amène quelque part, et ce quelque part est un endroit que vous aimez, que vous choisissez, peut-être le salon chez votre fils... « oui » peut-être ailleurs, je vous laisse imaginer... ma voix se modifie un peu parce que je mets le masque, et vous... vous êtes chez votre fils, ou ailleurs... et vous continuez à être le mieux possible, en imaginant cette pièce, ce salon, ou un autre endroit, (ouverture de sachets) et vous entendez d'autres bruits, et vous imaginez cette pièce où vous êtes bien, vous êtes relâchée, avec la sensation que des gens vous touchent la main ou le pied, la jambe, vous m'aviez parlé de petits enfants... et des sensations fraîches, de l'eau qui peut couler sur vous... tranquillement, et vous respirez doucement, avec la main qui continue de monter et de descendre, peut être comme si vous étiez installée devant la télévision, et peut être que vous regardez le même programme que nous regardions l'autre jour, la série indienne, peut être un autre, c'est vous qui choisissez... et peut-être avec l'intervention des petits enfants qui passent entre les jambes, qui bougent les jambes, délicatement, qui jouent, (soin actif de déterision) et peut-être que vous jouez avec eux... ou concentrée sur la télévision qui vous captive... ou peut être totalement ailleurs, c'est vous qui choisissez, en tout cas c'est très bien d'être là dans ce lieu, qui vous rappelle peut être des moments différents, des souvenirs

agréables... très bien (je poursuis le soin) ...et par moments ma voix qui est là et vous raconte des choses... par moments plus loin, plus dans le silence... (silence plus long) c'est très bien, c'est très agréable de se sentir bien, en sécurité, dans un endroit où vous vous sentez bien, où vous aimez revenir, un endroit où vous revenez régulièrement ... très bien ... profitez de ces moments là pour être reposée , relâchée, (la porte s'ouvre et se referme) la porte s'ouvre et se ferme, c'est comme ça, on le sait, comme dans le salon de votre fils, des portes qui s'ouvrent, des enfants qui rentrent, c'est normal... voilà ... ça se passe très bien... profitez de ce moment... très bien ... soulevez un peu la jambe , comme chez votre fils parfois, il faut bouger un peu , voilà ...très bien ... moments en famille ... discussions ... très bien .. (je me lève) il peut y avoir du mouvement dans la pièce, toujours confortablement installée... (je mets en place pansement) voilà... relevez la jambe (elle m'aide en tenant la jambe avec la main) ... merci ... un grand pansement qui va bien protéger la jambe, voilà ...dans lequel vous vous sentez bien , protégée et qui travaille pour la plaie et qui permettra demain, d'améliorer encore les choses... c'est très bien ... (son téléphone sonne) je vais juste couper cette sonnerie, c'est quelqu'un qui vous appelle et qu'on rappellera, et maintenant vous sentez de nouveau cette main sur votre ventre, qui monte et qui descend, tranquillement, et à chaque fois qu'elle descend, ça correspond à votre souffle qui sort , cette détente qui est en vous, vous ressentez progressivement le matelas, l'oreiller... cette main gauche qui peut refaire quelques petits mouvements, les doigts de la main droite qui peuvent aussi bouger un peu sur le ventre, on refera ces mouvement un peu plus tard, vous entendez toujours ma voix, et progressivement vous pouvez aussi observer le bruit des oiseaux, celui de la climatisation et ceux du couloir, au loin, et puis... ce point que vous fixez depuis toute à l'heure, cette spirale, ce tunnel, qui représente ce que vous choisissez, et autour de ce point, cette spirale, la tablette, la pièce... la lumière qui vient, (elle bouge la main), vous pouvez bouger votre main, c'est très bien, (elle tousse), et tousser, bouger les doigts, voilà... prendre une grande inspiration et souffler pour revenir, ici et maintenant, complètement, en bougeant les yeux, la tête... en vous assouplissant un peu au niveau des mains, de la nuque des épaules (elle a commencé à tourner la tête et les épaules un instant auparavant) c'est très bien...voilà, exactement pour bien sentir que vous êtes là, dans votre chambre, que vous partagez avec votre voisine, là où vous êtes depuis quelques jours, que vous connaissez bien, d'accord, « oui », c'est très bien, et puis maintenant vous pouvez me regarder, tout va bien, « oui, ça va, et je vois trouble » oui...et de nouveau à gauche, là « des larmes » (me coupe-t-elle) , petites larmes, larmes tout court, (elle sourit et rit) , qui font du bien... »

Nous discutons alors de la séance. « Ça va, ça commence à bruler un petit peu, parce que le froid on dirait y rentre dedans, Donc vous vous sentez bien ? « oui ».

Le bilan a mis en évidence un myélome.

Mme C. a alors été orientée vers nos collègues hématologues. Une chimiothérapie a été débutée. Dans les causes rares d'ulcères, il existe les origines néoplasiques. Avec le début du traitement de son myélome, en parallèle des soins locaux et des pansements, les plaies se sont améliorées par le traitement étiologique.

Je l'ai revue deux fois en consultation.

La dernière consultation a eu lieu environ deux mois plus tard avec son mari et la plaie était fermée. Elle aurait pu l'annuler. Elle tenait à me revoir pour me montrer la guérison de sa jambe. Quelques semaines plus tard, Mme C. m'a envoyé une invitation pour le mariage de son fils. C'est la première fois que je reçois une telle invitation en remerciements de la part d'un patient.

Mr C. Passer par toutes les étapes.

Dès la première consultation, j'ai proposé à Mr C. de rester en hospitalisation.

Le premier soin a donc lieu dans son lit, il est demi assis avec le dossier entièrement redressé et est réalisé par une infirmière.

Mr C. est très stressé et crispé. Il appréhende le moment du soin. Il est d'accord pour faire une séance d'hypnose avec moi.

J'ai dans l'idée de faire une induction en partant sur le VAKOG, ce que je fais pour l'instant le plus fréquemment avec les patients, en partant ensuite vers un lieu de sécurité.

Je suis debout à côté du lit, proche de la tête de Mr C.

Les douleurs qu'il décrit lors des soins au domicile sont fortes, celui-ci est donc réalisé avec l'aide de protoxyde d'azote qu'il tient avec sa main gauche.

Il est tellement nerveux que sa main droite ne tient pas seulement le triangle de la potence, elle y est agrippée très fortement, se trouvant pour le coup quelques centimètres juste devant son visage, la fixant de ses yeux.

Comme nous en avons parlé en formation, je me dis que Mr C. est certainement déjà dans un état de transe. Je laisse mon idée du VAKOG et me sers de cette main si fermée et crispée, tout comme lui. Je lui prends la main, lui fais lâcher la potence tout en lui demandant de bien continuer à la fixer avec les yeux. Je positionne la main en l'air, pendante, poignet et doigts souples. Le coude est au corps.

Je fais signe à l'infirmière se commencer le soin. Pendant qu'elle travaille, je parle à Mr C.

Je le rends attentif à sa respiration, inspiration d'air frais, expiration d'air plus chaud. A chaque expiration, les paupières sont plus lourdes. Sans avoir le temps de lui proposer de les fermer, il a les yeux clos.

Je mets en place un signalling par mouvement d'un doigt. Il était tellement crispé avec sa main fermée que je pars sur l'idée de la légèreté. Je lui propose de sentir l'air frais qui entre dans les poumons diffuser dans tout le corps et venir jusqu'à la main droite. De la sentir elle-même légère et souple. La fenêtre est à peine entre ouverte et un filet d'air rentre à ce moment-là. Je lui fais porter son attention sur cet air qui passe, frais sur le dos de sa main qui la rend encore plus légère. Sans rajouter d'autres mots, sa main commence à bouger, des petites secousses à peine perceptibles au début au bout des doigts puis rapidement l'ensemble de sa main commence à monter. Je ratifie en lui disant que la main droite est de plus en plus légère et monte. Simplement en accompagnant par quelques mots sur la légèreté, la main continue de monter, suivie par le coude. Tout le membre supérieur est monté en suivant la main. Par ce mouvement, c'est son corps entier qui a presque un peu basculé. L'infirmière, qui a bénéficié quelques jours auparavant d'une semaine de formation en communication hypnotique, assiste pour la première fois à une séance d'hypnose lors d'un soin de plaie et n'en revient pas.

Et pendant qu'elle continue son soin, qu'elle réalise la détersion de la plaie, j'entretiens simplement la transe par quelques mots de légèreté, souplesse, bien-être, confort.

A la fin du soin, au moment de mettre en place le pansement, je lui demande de descendre la main, le poignet et le coude. Progressivement, régulièrement, tout le membre redescend. Quand il arrive au contact du lit, je lui demande de bouger un peu ses doigts, tourner son poignet en même temps que je le fais aussi, de prendre une grande inspiration, de souffler et d'ouvrir ses yeux pour revenir, ici et maintenant.

Cette première séance s'est bien passée. Mr C. est très content car le soin a été confortable pour lui. Il a bien senti sa main monter et a trouvé cette expérience très agréable. Tout de suite, il demande à pouvoir avoir la même chose lors de chaque soin pour sa plaie.

Je suis partant, d'autant plus que c'est la première fois que je fais une induction aussi rapide, en utilisant l'état du patient, avec la fixation du regard et une lévitation de la main associée. La lévitation s'est très bien déroulée, dès la suggestion de la légèreté de la main, ce qui m'a encore plus surpris chez Mr C., car il est obèse, se déplaçant peu et l'ayant maintenue en l'air certainement bien plus longtemps que si je lui avais simplement demandé de le faire hors transe.

Dès le lendemain, un nouveau pansement est programmé. En effet, sa plaie nécessite une séance de détersion quotidienne.

Fort de cette induction rapide et dans l'idée de lui proposer d'apprendre la trame d'une séance pour pouvoir en refaire seul dans le cadre d'autohypnose, je choisis de commencer la séance dans la même position. Il est demi assis dans son lit, masque du gaz dans la main gauche maintenu sur sa bouche. Je lui demande de s'installer le plus confortablement possible et lui prends la main droite que je lui place dans la même position, coude au corps, main pendante, souple.

Aujourd'hui, il porte une montre. Je la regarde et lui demande de la fixer aussi. Je voulais lui faire choisir un point sur la montre, un point qu'il aurait pu fixer. Je constate qu'elle a une trotteuse et en même temps que je la suis en train de faire le tour du cadran, je lui demande de fixer cette aiguille fine et de la suivre. Je vois son regard se fixer dessus et ses yeux suivre son mouvement à chaque seconde. Tout en continuant de fixer et suivre l'aiguille, je lui demande de penser à sa respiration, inspiration tranquille et expiration douce, et de ressentir les paupières qui deviennent lourdes avec le regard intérieur qui continue de suivre intérieurement le mouvement de l'aiguille qui tourne et qui continue de tourner. Très rapidement, les paupières se ferment. Tout en continuant à suivre intérieurement le mouvement de l'aiguille qui tourne, je lui demande de sentir, lorsque l'aiguille monte, la légèreté avec laquelle elle remonte, tout comme la main sur laquelle elle se trouve qui est légère et commence à monter. La main droite s'élève doucement, plus lentement que la veille mais s'élève. L'infirmière a commencé son soin. J'entretiens la transe en répétant les mots de légèreté, souplesse, en demandant de continuer à suivre intérieurement l'aiguille qui tourne et continue de tourner.

A la fin du soin, je lui dis de laisser descendre doucement la main et quand celle-ci est au contact du lit, de prendre une grande inspiration et de bouger doucement les doigts puis la main et le poignet en même temps qu'il expire ce que je le fais avec lui.

Il est content de la séance, s'est senti soulagé.

La prochaine séance de réfection de pansement a lieu le lendemain. L'infirmière me prévient à l'avance. Je lui propose de commencer à déballer le pansement et lui dis que je la rejoins rapidement. C'est la même infirmière que lors de la première séance.

Je mets plus de temps à finir mon activité en cours et n'arrive que quelques minutes plus tard dans la chambre.

En ouvrant la porte, je découvre Mr C. les yeux fermés et l'infirmière en train de lui parler tout en faisant le début du soin. Mr C. est déjà en état de transe.

L'infirmière s'est lancée pour la première fois ; c'est elle qui a bénéficié de la semaine de formation en communication hypnotique. Elle a commencé une séance d'hypnose.

Elle me regarde comme pour me proposer de reprendre la suite de la séance.

Très agréablement surpris à mon entrée, je lui fais signe de continuer de parler.

Je me dirige vers elle, lui suggérant de continuer de parler, lui reprends le matériel qu'elle a en main, l'invite à se lever, faire le tour du lit et aller s'installer à la tête du patient.

Elle poursuit son accompagnement et je fais le soin technique. Je l'écoute pour me laisser aussi aller.

Le soin s'est bien passé. Mr C. revient et est de nouveau très satisfait.

Elle lui a proposé d'être confortable, relâché, et imaginer un lieu agréable.

Après avoir laissé le patient, nous discutons de cette séance. J'ai trouvé cela super comme expérience. J'ai été très content du déroulement de l'ensemble du soin, qu'elle se soit lancée, qu'elle soit allée au bout de la séance. Elle est très satisfaite aussi.

Lors des soins suivants, j'ai demandé à Mr C. de rentrer seul en transe. Je lui avais parlé auparavant de l'autohypnose pour le préparer aux soins qu'il aurait à domicile durant lesquels il pourrait réaliser ses séances lui-même.

Il m'arrivait de simplement rentrer dans la chambre quand le soin avait déjà commencé, voir que les choses se passaient bien, Mr C. étant les yeux fermés, semblant valider le fait que je pouvais le laisser seul avec l'infirmière.

Lors d'un soin suivant, j'étais présent pour débiter la séance.

Dans l'idée de renouveler son déroulement et proposer autre chose, j'ai constaté que la télévision était allumée. Mr C. la regarde beaucoup.

A chaque fois que je passe dans sa chambre, la programmation est toujours sur des dessins animés. Il m'a déjà parlé de son hobby pour les films, le cinéma, les dessins animés, les cartoons.

Alors que l'infirmière saisit la télécommande pour l'éteindre, je lui fais signe de la laisser allumer et je propose à Mr C. de fixer l'image devant lui. Il prend le masque de protoxyde d'azote dans une main et commence à respirer dedans. Je lui demande de vraiment fixer l'image, d'écouter ma voix et d'écouter et regarder le dessin animé en même temps. L'infirmière commence alors le soin.

Pendant que les yeux fixent l'écran, je lui demande de respirer tranquillement, de ressentir chaque inspiration et chaque expiration qui l'installent de plus en plus confortablement dans son lit. Les paupières de Mr C. commencent à se fermer doucement, ce que j'encourage en lui disant de se sentir le plus confortable possible. Alors que les paupières se ferment, je lui

demande de continuer à bien écouter ma voix et les dialogues du dessin animé, d'imaginer être avec les personnages et de voir chaque scène comme s'il était dedans. Je le laisse écouter et se concentrer sur les dialogues. Je lui demande simplement de temps en temps si tout se passe bien, ce qu'il valide par un petit geste de la tête. Le soin se passe tranquillement. Les sons sont plus ou moins forts, plus ou moins rapides, ma voix aussi, avec certains moments de silence.

Le soin se termine et je laisse l'épisode du dessin animé se finir.

Je demande à Mr C. de bien entendre de nouveau ma voix, de ressentir le lit dans lequel il est confortablement, de voir et imaginer la télévision devant lui accrochée au mur, la pièce autour de lui et de prendre une bonne inspiration, souffler et lorsqu'il sera prêt, ouvrir les paupières pour revenir ici et maintenant.

Il est souriant et détendu. Il a l'impression d'avoir été dans le dessin animé.

Par la suite, la plaie n'a pas évolué favorablement. Les soins ont nécessité de nombreuses séances quotidiennes de détersion de plus en plus profondes, qui malgré les antalgiques, le protoxyde d'azote et les séances d'autohypnose sont devenues de plus en plus douloureuses, ce que je n'ai pas perçu car le laissant de plus en plus gérer ses séances, seul.

Mr C. était très demandeur d'attention particulière.

Alors que nous arrivions à la fin des séances de détersion, un changement de technique était prévu avec la mise en place d'une thérapie par pression négative, TPN, le lendemain. Elle devait permettre de combler la perte de substance devenue importante, de diminuer la fréquence des pansements tous les trois jours et envisager un retour à la maison avec une hospitalisation à domicile.

Malheureusement, Mr C. a exprimé son malaise, le fait qu'il voulait arrêter les soins et a quitté le service.

Un entretien pour écouter et entendre sa demande n'ont pas permis de le rassurer et le motiver à poursuivre les soins. Un entretien avec sa famille qui souhaitait le convaincre aussi de poursuivre les soins ne l'a pas fait changer d'avis.

Il est rentré chez lui avec une plaie plus grande que la plaie initiale.

Il n'a jamais voulu revenir et je l'ai « perdu de vue ».

Mme B. Jouer avec les résistances et improviser.

Lors de la première consultation, je sens un mélange d'attente et d'appréhension chez Mme B. Elle souhaite que cette plaie guérisse et elle exprime une angoisse à l'idée d'être là, que sa plaie ne se ferme jamais et d'avoir encore mal durant le soin.

Elle s'installe sur la table d'examen. Je lui demande de se mettre à l'aise, de trouver la position qu'il lui convient le mieux. Elle est professeure des écoles et j'hésite à lui parler d'hypnose...

Je lui propose de lui parler pendant le soin pour lui faire penser à autres chose. Je vais utiliser le VAKOG avec pour idée de lui faire aller dans un lieu sécurise.

Je lui demande d'observer la pièce, la lumière qui entre du côté de la fenêtre et de choisir un point devant elle qu'elle peut fixer. Je lui demande de porter son attention sur les bruits de la pièce, les bruits extérieurs, le chant des oiseaux et ma voix, la voix puis de penser à sa respiration. Sentir l'air frais qui entre à chaque inspiration, sentir les points d'appui de son corps au contact de la table qui se modifient avec l'inspiration, puis de percevoir l'air plus chaud qui ressort lors de l'expiration.

Elle répète cela plusieurs fois sur plusieurs cycles de respiration. Maintenant je lui propose de fermer les paupières lors de chaque expiration et de les rouvrir à chaque inspiration. Elle garde les yeux ouverts pendant un long moment puis les ferme. Je lui demande de me dire ou de faire un signe si elle se sent bien et confortablement installée, ce qu'elle fait.

Et pendant que je continue de lui parler, je commence à enlever doucement le pansement et je débute le soin.

Je lui demande de penser à un lieu dans lequel elle se sent bien. Un lieu qu'elle connaît ou qu'elle peut imaginer, un lieu qui lui rappelle peut-être des souvenirs, des bons souvenirs. Un lieu agréable, intérieur ou extérieur, avec des bruits, des sons, peut-être des personnes qui parlent, famille ou amis.

Alors qu'elle garde les yeux fermés, je n'observe pas de modification de sa respiration, le corps ne bouge pas. Je l'invite à continuer de profiter de cet endroit et lui parle de mouvements, avec peut-être des enfants qui passent par-là, proches d'elle. A ce moment-là, je nettoie la plaie, et je vois son visage se crispier. La lésion est petite, le soin rapide sans geste particulier de détersion ou autre. Je continue à parler, à saupoudrer et replace un nouveau pansement pour finir le soin. Progressivement, je lui propose de penser de nouveau à sa respiration, d'écouter ma voix, d'entendre les bruits tout autour d'elle, de bouger ses doigts, ses mains, peut-être même d'étirer ses bras si elle en a envie et quand elle le souhaitera d'ouvrir les yeux pour revenir ici et maintenant.

Une fois les yeux ouverts, je lui demande comment elle se sent.

Elle me dit que ça va et qu'elle a senti le soin.

Je suis curieux de savoir si elle a pu aller dans un lieu sûr et lui demande. Elle me répond directement que non, elle est restée ici et que de toute façon, elle ne lâche jamais prise.

Je ratifie en lui disant, « très bien », et je rajoute que le soin s'est bien passé et que ce que nous avons fait est une séance d'hypnose pour améliorer le confort du soin.

Je lui propose une hospitalisation pour la réalisation de la biopsie et la greffe dès la semaine suivante.

Quelques jours plus tard, elle est cette fois-ci installée dans son lit. Elle est dans une chambre seule, au calme.

Je lui propose de faire le geste avec l'aide de protoxyde d'azote. Une prémédication antalgique a été donnée une heure avant.

Une infirmière, une étudiante et un interne sont présents.

Le soin est plus long et je planifie un peu les choses à l'avance. Je lui propose de refaire une séance d'hypnose mais différente de la première fois.

Elle est d'accord et me rappelle bien que de toute façon, elle ne lâche jamais prise.

Immédiatement, par envie de contradiction ou de défit, je me dis que je vais lui proposer à partir d'une catalepsie de la main, de la faire progressivement descendre, parallèle avec le lâcher prise qu'elle ne se permet jamais, d'après elle.

La séance va se dérouler tout au long du soin. Je lui parle en même temps que je fais mes gestes, lui expliquant ce que je fais, l'anesthésie locale de la peau de la cuisse pour prélever les pastilles sur la cuisse, le nettoyage de la plaie en bas de la jambe, puis le prélèvement, la mise en place des pastilles de peau sur la plaie puis les pansements.

Je commence comme la séance précédente par l'installation confortable, le VAKOG, et une fois les yeux fermés, lui demande de mettre la main droite, du côté où je me trouve, en l'air, bien confortable. Elle tient dans sa main gauche le masque du protoxyde d'azote sur sa bouche. Au moment où je commence à lui parler de la main droite, je me rends compte que si je la fais descendre, elle va venir toucher le champ stérile mis en place sur sa cuisse. Je n'avais pas anticipé. J'étais pourtant bien dans l'idée de lui proposer de laisser sa main descendre...

Je change mon idée pour une lévitation, mouvement de légèreté vers le haut, et tout en continuant le soin, je lui demande d'imaginer devant elle, une boîte remplie de ballons, de couleurs, de formes, de tailles différentes et lui propose d'en choisir un, de le gonfler avec un air léger, très léger et de le relier avec une ficelle, un ruban, de la couleur, de la longueur qu'elle

choisit au ballon qu'elle a choisi et de l'attacher au pouce de la main droite. A peine prononcé ces quelques mots, le pouce monte de quelques millimètres.

Je continue en lui faisant faire pour chaque doigt. Les trois premiers bougent au fur et à mesure qu'elle met les ballons en montant de quelques centimètres.

Alors que tout semble aller bien, elle commence à grimacer fortement et à porter sa main à son visage au moment où je prélève une nouvelle pastille sur la cuisse. Je me suis trop décalé par rapport à la zone anesthésiée et elle ressent une douleur.

Elle a gardé les yeux fermés.

J'arrête le prélèvement, lui explique que je vais endormir plus largement la zone en refaisant une nouvelle anesthésie. J'attends que celle-ci soit efficace, lui pique la zone avec le bout d'une aiguille pour qu'elle me confirme que la zone est bien endormie.

Et pendant que je reprends le travail, je lui demande de remettre sa main en position. Je lui demande en répétant toujours la même phrase de choisir un ballon et de l'attacher au quatrième puis cinquième doigt. Ils ne bougent pas.

Lorsque le soin se finit, je lui propose de détacher chaque ballon, doigt par doigt en finissant par le pouce. Je n'observe aucun mouvement.

Je lui demande de laisser maintenant volontairement descendre sa main, de reprendre contact avec sa respiration, les bruits de la pièce et tranquillement, de bouger à nouveau les doigts, les mains et d'ouvrir les yeux quand elle le choisira pour revenir complètement et totalement ici et maintenant. Le protoxyde d'azote est enlevé.

Je lui laisse quelques instants puis lui demande comment ça s'est passé.

Elle me parle du moment qu'elle a senti au niveau de la cuisse. Le reste s'est bien passé.

J'ai en tête qu'elle n'a pas lâché et l'impression que les mouvements des doigts étaient volontaires.

Je lui demande si elle se rappelle de ce que je lui ai raconté et si elle a ressenti des choses. Elle se rappelle bien sans préciser plus. Je lui dis alors que ses doigts ont bougé. Elle n'a rien ressenti et n'a pas perçu le mouvement de ses doigts.

Je lui dis que c'est très bien, qu'elle a lâché prise. Elle sourit.

Nous en avons reparlé durant la fin de son séjour. J'ai insisté sur sa capacité à lâcher prise.

Je l'ai revu en consultations à plusieurs reprises par la suite.

Elle va mieux. La douleur permanente a disparu, ce qui est souvent le cas après une greffe sur une angiodermite.

Elle se sent mieux. Elle m'a dit qu'au travail, elle arrivait à lâcher sur certaines choses, moins dans le contrôle sur tout. Des collègues lui ont même fait la remarque qu'ils la trouvaient mieux, plus sereine.

Elle est très contente, moi aussi.

Mr F. Se laisser agréablement surprendre.

Il a été hospitalisé deux fois avec un suivi en consultations entre les deux hospitalisations et par la suite.

La première hospitalisation a permis la réalisation d'une biopsie. La plaie principale s'est améliorée. Deux nouvelles plaies sont apparues le long de la crête tibiale et sur le cou-de-pied. La plaie initiale était très fibrineuse. Une détersion active a été réalisée qui engendrait des douleurs importantes, avec prémédication par morphiniques et accompagnement hypnotique.

Une fois le lit de la plaie amélioré, j'ai fait une greffe de peau en pastilles.

Mr F. a une hypoacousie. L'accompagnement que je lui ai proposé était simple. Je lui demandais de fixer un point devant lui, de respirer calmement et tranquillement et de se laisser entraîner par le rythme de son inspiration et de son expiration. Il gardait les yeux ouverts. Pensant qu'il ne devait pas m'entendre beaucoup et peut être peu me comprendre, je pense que mon accompagnement était assez léger et succinct. Je lui demandais de se concentrer sur l'air frais qui entrainait en lui chargé d'oxygène, qui allait dans tout son corps et particulièrement au niveau de sa plaie pour l'aider à guérir. A l'expiration, je lui parlais de l'air plus chaud qu'il pouvait sentir, chargé de toxines qui sortaient de son corps. Il avait parfois des petits mouvements lors des soins signifiant pour moi un inconfort persistant notamment au moment des gestes de détersion.

Il semblait globalement satisfait. Je ne lui ai pas demandé si entre les consultations il refaisait la même chose chez lui.

Après la phase de détersion, je lui ai proposé une greffe en pastilles.

Le jour de la greffe, alors que je commençais à installer le matériel dans sa chambre, je lui réexpliquais le principe.

A ce moment-là, Mr F. m'a regardé et m'a dit : « lè comme une greffe sur un pyé d'boi ».

A la Réunion, on parle de « pyé d'boi » pour un arbre (pyé : pied). Ce fort lien entre la nature et

l'humain se montre donc très présent dans cette représentation du corps à La Réunion, comme en témoignent aussi les nombreux proverbes rapportés par Daniel Honoré. (27)

J'ai trouvé ça magnifique. Je me suis dit qu'il avait tout compris, qu'il avait tout en lui pour qu'elle prenne le mieux possible. J'en ai profité pour rebondir pendant la greffe en lui demandant d'imaginer des bourgeons, des petites feuilles venir prendre sur greffon de pyé d'boi.

A chaque consultation de suivi, je lui ai demandé s'il voyait de plus en plus de feuilles, si elles poussaient bien.

Sa jambe est maintenant guérie.

Discussion

L'idée de départ de ma formation puis de ce travail était d'améliorer le confort des patients lors d'un soin en faisant un pas de côté, ensemble.

L'objectif principal de l'hypno-analgésie dans le soin des plaies est de soulager plus le patient en diminuant son ressenti de la douleur, en modifiant sa perception et en lui laissant un souvenir le plus positif possible du soin. C'est ce souvenir qui lui permettra d'avoir le moins d'appréhension possible pour le prochain soin et d'être plus confortable.

Lors des séances que j'ai réalisées, cet objectif a été souvent atteint.

Régulièrement, les patients se sont sentis plus confortables.

Certains sont partis dans un lieu de leur choix, d'autres ont senti une main légère.

Certains n'ont rien eu l'impression de ressentir, de percevoir de concret, mais le soin s'est réalisé dans de meilleures conditions.

L'ouverture vers une autre façon d'apporter du soin, loin du médicament, du geste technique, rapprochant le soignant et le soigné dans une nouvelle relation était mon envie. Cette envie s'est concrétisée avec l'hypnose.

En travaillant *a posteriori* sur ces cas cliniques pour la réalisation de ce mémoire, j'ai pu prendre du recul et en ressortir des points positifs et des points à améliorer.

Chaque situation est différente et leur analyse m'a permis d'en extraire des informations intéressantes pour la suite de mon activité.

Le premier cas clinique, avec Mme C. correspond au début de mon expérience en hypnose.

Sa bise sur ma joue accompagnant sa surprise de constater que le soin était déjà fini reste en moi un souvenir très fort.

De revoir ces séances (enregistrées) m'a fait avancer sur plusieurs notions dont celle de la place du thérapeute dans la relation.

J'avais besoin de temps, d'installation, de calme.

Durant un bon moment, initialement, ma pratique était fondée sur des inductions assez lentes.

J'utilisais essentiellement le VAKOG pour partir dans un lieu de sécurité, lieu secure, safe place.

Chaque méthode a ses avantages. Celle-ci me demande plus de temps et d'être dans un état calme et posé, ce qui n'est pas toujours le cas.

Quand c'est possible, j'utilise ce type de séance pour partir avec le patient dans un lieu qu'il choisit et où il se sent bien. A leur retour, les patients, à l'instar de Mme C. avec ses larmes, laisse exprimer une expérience forte et riche en émotions vécue durant la transe en plus du soulagement de leur douleur.

Se sentir à l'aise, trouver sa place (et sa position).

Pour prendre soin des autres, il faut déjà prendre soin de soi.

Il faut se sentir à sa place.

Au moment de débiter le soin avec Mme C., je me sens dans un état serein, calme. Je crois qu'elle le sent et le ressent et que cela favorise cette relation hypnotique.

Même si l'activité précédente que le thérapeute vient de réaliser est différente, par sa nature, son rythme, son intensité, il doit se positionner dans ce nouveau soin avant de commencer.

Il peut s'agir de respirer un instant, de fermer les yeux...

Pour créer une relation, chacun doit sentir l'autre disponible.

La relation thérapeutique en hypnose est fondamentale. Elle est une des trois composantes de cette relation : le patient, le thérapeute et la relation elle-même.

La place du soignant comprend pour moi son positionnement et aussi sa position.

Pour un entretien, le thérapeute peut se placer et dis-poser la pièce comme il l'entend.

Si la personne est dans un lit, il est possible de venir s'asseoir prêt de sa tête, de baisser la barrière s'il y en a une.

Dans le cas présenté avec Mme C., je commence la séance avec cette position de proximité, propice à la relation qui va s'installer durant la séance. Cela permet de créer un lien particulier au moment de l'induction.

Ensuite, je bouge et descends me placer au niveau de la plaie, c'est-à-dire ici au niveau de sa jambe.

Certains soins obligent de positionner le patient sur le côté, sur le ventre, de faire lever un membre. Le soignant se retrouve parfois dans des positions moins confortables, avec un accès compliqué à la plaie.

Il reste pourtant important que le patient se sente bien en sentant le thérapeute à sa place, bien installé lui aussi.

Les changements de position, la réalisation du geste technique, sont des éléments qui peuvent compliquer la fluidité du soin et le maintien dans un état de transe.

J'ai choisi le cas de Mr C. pour plusieurs raisons : la méthode d'induction, le temps, la répétition des séances, l'apprentissage de l'autohypnose et le travail en équipe.

Tout d'abord, la méthode d'induction.

Il est arrivé au moment où je voulais essayer d'autres inductions.

Sa main crispée sur sa potence lors de cette séance a été un premier changement dans ma pratique qui était jusque-là assez protocolisée avec fixation d'un point et le VAKOG.

Quelques semaines avant la reprise de la deuxième année, j'ai participé à une semaine de formation en communication hypnotique au sein de l'hôpital avec Isabelle Célestin. Cette semaine et la reprise du DU m'ont beaucoup apporté en me permettant de revoir beaucoup de choses, de m'entraîner et de m'approprier des techniques plus rapides d'induction, comme la catalepsie ou la lévitation que j'utilise plus régulièrement maintenant.

Le temps

Ensuite, lors de l'hospitalisation de Mr C., j'ai vécu cette succession de soins quotidiens de façon compliquée avec des difficultés pour me rendre disponible. Le fait qu'il soit parti a été compliqué pour moi et m'a obligé à réfléchir sur la notion du temps et de la répétition des séances.

La question du temps est souvent présente.

Je n'aime pas l'expression « je n'ai pas le temps ».

Je lui préfère « je n'ai pas pris le temps ».

Quand nous ne pouvons pas faire tout ce que nous espérons pouvoir faire dans un temps donné, il est nécessaire de classer, de ranger par ordre d'importance, de priorité, pour avancer.

La question du temps est donc une question de choix.

Je prends volontairement l'exemple d'un médecin urgentiste. Que peut-il dire et faire en hypnose, lui qui travaille dans l'urgence, le bruit, lui qui doit gérer des urgences vitales, des urgences relatives et des simples consultations ? Certains trouvent tout de même le temps d'aider les patients par une induction rapide pour faire un geste d'analgésie, par exemple, sans

se réfugier derrière la question du temps. Sinon, ils n'auraient pas la possibilité de proposer de l'hypnose dans ces situations.

Alors même s'il n'est pas toujours facile de prendre du temps, la possibilité de connaître et pouvoir proposer ces techniques plus rapides permet de se sentir plus à l'aise pour proposer de l'hypnose dans certaines situations.

Cette question du temps reste pour moi une problématique malgré tout. Lors des consultations programmées, je prends trente minutes par patient en moyenne. C'est souvent trop court pour arriver à gérer toute la consultation. Ce temps permet de placer plus de consultations par demi-journée donc de proposer moins d'attente et de revoir les patients plus fréquemment si besoin. Il ne me permet par contre pas de proposer une séance d'hypnose pour analgésie régulièrement comme je le souhaiterais.

Je me répète, c'est une question de choix et de priorisation des objectifs.

Jusqu'à présent, je ne l'ai pas fait et la rédaction de ce mémoire, me montre à quel point je me sens un peu frustré de ne pas y arriver plus souvent et va me pousser à changer ma façon de faire.

En fait, l'apprentissage de l'hypnose et son usage régulier me pousse vraiment à me poser cette question du temps plus profondément.

Si je constate que quelque chose ne me convient pas, en l'occurrence ici les difficultés de gestion du temps pour pouvoir proposer plus de temps pour être bien moi-même, plus disponible pour le patient, faire plus d'hypnose, plus régulièrement, suis-je alors capable de remettre vraiment en cause ma façon de travailler, mes priorités pour faire ce qu'il me plait ?

Plus largement, quel moment, quel élément, m'influencent suffisamment pour me faire poser les bonnes questions, les questions pertinentes, les questions qui me poussent à être capable de changer, d'avancer ?

La rédaction d'un tel travail m'y aide. Le sujet en devient plus large que le simple sujet de l'hypno-analgésie des plaies lors des soins. Elle permet de prendre le temps (!) et de pousser plus loin la réflexion sur sa pratique, son travail, ses envies, sur soi-même !

Avoir envie de faire et faire, sont deux choses différentes.

La répétition des séances et l'apprentissage de l'autohypnose

Albert Einstein disait, « *la folie, c'est de faire toujours la même chose et de s'attendre à un résultat différent.* »

Dans le cadre de soins itératifs quotidiens avec hypno-analgésie, la fréquence des séances

revient vite.

Il pourrait paraître simple de vouloir reproduire la même chose tous les jours et d'avoir le même résultat.

C'est pourtant un peu l'idée lors de l'apprentissage de l'autohypnose : répéter plusieurs fois une technique pour que le patient se l'approprie et puisse la refaire seul en situation afin d'améliorer son confort lors des soins.

L'envie de rendre le patient autonome rapidement est séduisante. J'utilise volontiers des images comme des cibles ou spirales que je donne aux patients pour leur propre induction. (28)

L'inconvénient du quotidien, c'est qu'il revient vite.

L'avantage du quotidien, c'est aussi qu'il revient vite.

J'ai pu constater que cette répétition a été bénéfique pour plusieurs patients, satisfaits d'y arriver et ainsi de se sentir mieux lors des soins réalisés par leur infirmier à domicile.

Le risque est de laisser le patient plus seul.

Comme j'en ai parlé pour Mr C., pensant qu'il gérait bien ses séances en autohypnose, je n'ai pas été assez présent et ne lui ai certainement pas apporté toute l'attention et l'accompagnement dont il avait besoin. J'ai cru qu'il se débrouillait suffisamment seul.

Maintenant, je retiens la nécessité de plus accompagner et de valider les acquis du patient au fur et à mesure.

Chaque séance est unique. Elle se construit au fur et à mesure de son déroulement.

Sans parler de contradiction, l'apprentissage par la répétition d'une séance qui aurait tendance à être toujours la même, pourrait être opposé à cette singularité que chaque séance d'hypnose est unique et différente.

Pendant un moment, je me suis demandé s'il était possible de comparer ou d'opposer une séance d'hypno-analgésie et une séance d'hypnose dans un autre domaine thérapeutique ?

Répondre favorablement à cette question réduirait le travail réalisé durant ces séances à une simple prestation de service visant à réduire la douleur, comme un antalgique ou une technique quelconque, et ferait fi de la créativité propre du patient.

Il faut savoir écouter, ressentir, accompagner l'autre au fur et à mesure, s'adapter et créer la relation et ainsi la séance d'hypnose, en la renouvelant à chaque fois. C'est à la fois naturel et demande quand même une attention, une présence pour ne pas être en mode automatique comme cela peut être le cas pour d'autres techniques de soins plus protocolisées.

C'est ce qui rend la relation encore plus riche et l'utilisation de l'hypnose encore plus

intéressante.

Le travail en équipe formée à l'hypnose.

La possibilité de travailler avec des équipes formées à l'hypnose est un véritable atout.

La situation décrite avec Mr C. ne s'est présentée qu'une fois pour l'instant. La seule infirmière formée travaille souvent de nuit depuis quelques mois.

Je l'ai vécu comme un soin à 4 mains, peut-être à 4 ou 6 hémisphères.

L'image qui me vient est celle d'un massage à 4 mains dans un Spa. Les mains se confondent, on ne sait plus qui fait quoi.

Teresa ROBLES parle dans son ouvrage d'un concerto pour 4 hémisphères. Elle évoque lors des séances de transe hypnotique du passage alternatif de la réalité du cerveau gauche et du cerveau droit. Cette alternance permet de déclencher des processus de changement et de reconstruire une réalité interne. Elle travaille avec les deux hémisphères du patient et les deux du thérapeute. (29)

Lorsque j'ai relayé l'infirmière sur le geste technique est qu'elle a continué sa séance d'hypnose, je suis entré aussi dans la transe, 6 hémisphères. Nous en avons parlé à la fin de la séance.

Elle était contente de s'être lancée pour la première fois. Elle s'est sentie moyennement à l'aise, l'impression de répéter les mêmes mots. Elle a beaucoup apprécié la façon naturelle avec laquelle cela s'est fait. Elle s'est sentie valorisée. J'ai trouvé ce moment très intéressant et enrichissant. Le patient se sentait en confiance et très bien.

Cette infirmière est la seule à avoir suivi une semaine de formation en communication hypnotique. Cela donne envie d'être entouré de plus de personnes formées et de promouvoir l'hypnose autour de soi auprès d'autres soignants.

Le cas de Mr F. résonne en moi. Il m'interpelle sur plusieurs aspects.

Le premier vient de la particularité de la majorité de la patientèle rencontrée.

Patients créoles et âgés et de l'importance des mots.

Les patients sont pour la plupart des personnes âgées, des « gramounes »². Certains sont malentendants. Le port du masque et la distance en étant placé à leurs pieds, peuvent rajouter encore une difficulté dans la communication et la séance.

Certains patients ne parlent que le créole. Après des années de présence, ma compréhension est assez correcte. Par contre, se faire comprendre en créole, avec les subtilités que comprend une langue vivante, est autre chose.

Se pose alors la question de la place et du rôle des mots.

Certains viennent résonner et siffler dans la tête comme je le relevais dans la première partie.

Mais les patients les perçoivent ils comme nous finalement ?

Pour A. BIOY, « la parole n'a pas de pouvoir en soi ». (30)

Elle participe tout de même à la relation. Cela suggère qu'il est possible de se détacher des mots et de faire passer des choses autrement.

Pourtant, dans une volonté de bien faire, se laissant guider par la venue des mots les uns après les autres, l'envie est de partager avec le patient par les mots, leur sens, double sens, de jouer avec eux.

Il reste compliqué de s'en détacher.

Si, comme montre Elvira V LANG dans son étude, que de faire des suggestions négatives en parlant de la douleur peut augmenter celle-ci ainsi que l'anxiété durant le soin, nous pouvons admettre que les mots peuvent avoir un effet négatif, qu'ils participent à la iatrogénie, alors nous pouvons reconnaître que leur bonne utilisation, leur choix, peut avoir un effet positif.

Donc l'envie est de bien les utiliser et de se faire comprendre pour transmettre des choses en plus. (31)

A. BIOY et I. NEGRE proposent d'inclure la parole médicale dans la définition de la iatrogénie, iatrogénie verbale. (32)

Le choix des mots reste important.

Se faire comprendre et entendre également.

La distance, le port du masque, la langue créole sont des freins potentiels au bon déroulement

² Gramounes : mot de créole réunionnais pour désigner les personnes âgées

d'une séance d'hypnose. Il faut savoir être imaginatif et créatif pour s'en accommoder.

Dans le même temps, l'autre point fort que me montre cette situation, est qu'il est bon de se laisser surprendre.

J'aime beaucoup cet exemple de Mr F. avec son expression du pyé d'boi, pour plusieurs raisons. Chaque patient mérite le maximum d'attention et de soin de notre part. Cela nécessite d'être bien soi-même pour être bien avec et pour les autres.

Je travaille principalement avec des personnes âgées voire très âgées. Beaucoup n'entendent pas bien. Certaines parlent peu et n'expriment pas toujours leur ressenti.

Et là, alors que je ne m'y attendais pas, que je n'avais probablement pas consacré une attention particulière à Mr F., c'est venu de lui.

C'est lui qui m'a donné la métaphore du pyé d'boi. Il a tout compris.

Il me donne encore plus envie d'être attentif et de me laisser surprendre par mes patients. Je le vis comme une véritable leçon qui m'apporte beaucoup.

Lors des séances avec Mme B., deux choses m'ont plus marqué : le laisser aller, la confiance et la difficulté du « multi tâche ».

Faire confiance et se faire confiance

Plus qu'un simple mouvement de main, sa capacité à se relâcher est allée bien au-delà de la simple séance d'hypno-analgésie.

Elle m'a annoncé et répété qu'elle ne lâchait jamais prise. J'avoue avoir été surpris de voir sa main bouger alors que j'étais dans l'idée qu'il ne se passerait pas forcément comme cela.

A la fin de la séance, je lui ai demandé si elle avait senti ses doigts se lever. Elle ne s'en est pas rendu compte. Je lui ai alors glissé qu'elle avait bougé sa main et donc lâcher prise. J'aurais pu simplement lui dire qu'il avait eu mouvement, changement de position, et la laisser cheminer seule sur le reste.

Lorsqu'elle est revenue lors de la consultation suivante et a raconté qu'elle vivait des changements dans sa vie au quotidien, je me suis dit que le fait d'avoir bougé cette main allait bien plus loin que ce simple mouvement. Elle s'est permis de se laisser aller.

Comme je l'évoque plus haut par rapport à la répétition des séances, l'hypno-analgésie a peut-être certaines limites. Elles permettent d'aider les patients sur le moment, ce qui est l'objectif.

Elles permettent parfois comme dans le cas de Mme B. de déclencher des choses positives dans la vie comme se faire confiance, changer de prise.

Chaque séance est unique et différente. Les soins de plaies permettent d'aborder des images, des idées plus larges comme le corps-enveloppe, les limites du corps, les limites du soi, l'unité du patient, son identité... de nombreuses images qui permettent de nombreuses suggestions et métaphores.

Sans parler de frustration, arrive maintenant de plus en plus l'envie de proposer encore plus largement l'hypnose sans rester centré sur la plaie.

J'ai la chance d'être médecin généraliste. Mon domaine de compétence est « théoriquement » vaste.

En effet, je m'occupe des patients dans leur globalité et je suis censé m'occuper de tout ce qui peut aller mal ou moins bien chez eux.

Bien évidemment cela en gardant à l'esprit la phrase de Blaise PASCAL citée en introduction et une autre qui dit :

« Un généraliste, c'est un médecin qui ne sait presque rien sur presque tout ; un spécialiste, c'est un médecin qui sait presque tout sur presque rien ». Je rajouterai que certains généralistes savent probablement plus que presque rien dans certains domaines, tout de même.

J'ai très envie de me dégager du temps, question ô combien centrale et récurrente finalement, pour proposer plus largement de l'hypnose dans d'autres indications.

Toujours la même question, priorité, choix, temps.

La difficulté du « multi tâche »

Lors des soins en consultation, je suis seul. Je réalise le soin sans infirmière ou infirmier. Certaines réfections de pansement sont longues. Les gestes sont connus et en principe maîtrisés, mais il faut être concentré sur le geste technique.

L'attention est souvent fixée sur le soin et la relation de soin, centrée sur le soin. En même temps, sachant que celui-ci peut être douloureux, il faut suivre l'état du patient, son ressenti, son anxiété, sa douleur. L'esprit laisse parfois peu de place à une autre activité.

Il faut donc se lancer pour proposer et faire de l'hypnose. Plus le temps passe, plus je me sens à l'aise pour accompagner le patient dans sa transe, être avec lui, et faire le soin. Parfois, cela reste compliqué de mener les deux de front.

La séance de la greffe de Mme B. en est un bon exemple. Concentré sur la plaie, sur le site de la greffe et sur la transe, j'ai prélevé un greffon sur une zone non anesthésiée. Elle l'a sentie immédiatement, est sortie de sa transe. Ce moment de survenue brutale, pour nous deux, me rappelle les difficultés de tout réaliser en même temps.

Souvent, il m'arrive d'être concentré sur mon geste technique et de réaliser que je suis moins dans l'accompagnement de la transe. Je précise alors au patient que je le laisse profiter du moment en parlant moins s'il est dans son lieu de sécurité ou je saupoudre en répétant des mots tels que confortable, agréable ... et cela se passe bien.

Je vois la différence avec un soin réalisé alors que le patient est en hospitalisation. C'est l'infirmière ou infirmier qui fait le soin technique et je suis totalement disponible pour être dans l'accompagnement hypnotique, dans la transe avec le patient. Cette disponibilité est aussi appréciable pour moi car je me sens avec le patient.

En plus de ces points précis se rapportant aux différents cas cliniques que j'ai décrit, ce travail m'a permis de réfléchir sur ce que je pourrais proposer d'autre notamment quand la douleur reste présente de façon importante.

Les limites de l'analgésie : intérêt de l'hypno-sédation ?

Malgré les antalgiques, les différentes techniques employées, certains soins restent peu confortables et engendrent de la douleur peu ou pas contrôlée.

En effet, certains antalgiques ont parfois une efficacité modérée sur la douleur provoquée lors des soins.

De même, tous les patients ne sont pas sensibles de la même façon à l'hypno-analgésie. Certains ne veulent pas en entendre parler pour une séance formelle. Une possibilité est alors de s'aider de l'hypnose conversationnelle, non annoncée à l'avance.

D'autres ne se croient pas assez réceptifs et ne vont pas adhérer à cette proposition thérapeutique différente qui leur est présentée.

Parfois, malgré l'association des antalgiques de palier 3, une séance d'hypno-analgésie et l'utilisation du protoxyde d'azote, certains soins restent douloureux.

Dans ce cas, malgré l'idée de travailler dans un mode sans échec : petits objectifs pour ne pas attendre des résultats trop élevés, l'absence de réussite d'une séance est parfois compliquée à

vivre. Par exemple, un soin avec une séance qui est vécu par le patient comme aussi douloureuse qu'un soin sans hypnose.

Lors de la fin de la formation, j'ai évoqué ce cas et nous avons discuté de la possibilité de faire un peu d'hypno-sédation.

S'est alors posée la question de la définition de l'hypno-sédation.

ME. FAYMONVILLE utilise l'hypno-sédation depuis des années au bloc opératoire, en tant que technique d'anesthésie. L'utilisation de médicaments anesthésiques est diminuée dans ce cas et l'hypnose vient en complément. (33)

Dans le cadre de soins de plaies en consultation ou hospitalisation dans un service de médecine, il n'est pas question d'utiliser des médicaments anesthésiques.

La discussion a porté sur l'utilisation en complément du Midazolam, benzodiazépine avec propriétés narcotiques, sédatives, myo-relaxantes et amnésiantes.

Les urgentistes l'utilisent fréquemment notamment en traumatologie pour la réduction des luxations par exemple.

Je ne l'ai pas encore utilisé. Cela reste une piste intéressante à explorer dans les cas pour lesquels il persiste un inconfort important.

Conclusion

Le pas de côté.

Se décaler, observer autrement avec le patient.

L'hypnose dans le soin permet d'améliorer le confort du patient et donne à la relation une dimension nouvelle.

Le soignant peut découvrir ou redécouvrir une nouvelle place, avec écoute attentive en se mettant au même niveau, position et positionnement. Le patient participe complètement à cette relation car il en devient ou redevient l'acteur principal.

Dans le cadre du soin des plaies, l'hypno-analgésie permet de réaliser des actes et des soins dans des conditions beaucoup plus confortables pour les patients.

Être plus disponible encore pour les patients, avoir une écoute différente, entendre et percevoir autre chose, porter attention à des éléments différents de la communication du patient, verbale et non verbale et proposer un accompagnement à 3, le patient, le soignant et la relation. Cela permet de s'harmoniser plus avec le patient et de finir un soin annoncé comme peu agréable avec le patient et le thérapeute tout sourire et biens.

Ce travail m'a apporté beaucoup plus qu'une recherche classique.

Il m'a permis d'analyser ma pratique, de la faire déjà un peu évoluer ; prendre le temps de se poser, trouver sa bonne place pour permettre au patient et à la relation thérapeutique d'être à sa bonne place aussi.

Au-delà de soulager une douleur, un inconfort, l'hypno-analgésie apporte plus.

Au patient, elle offre une possibilité différente de se découvrir, de se laisser aller, de se faire confiance et s'autoriser à faire confiance, de faire un pas de côté.

D'un point de vue personnel, ce travail m'a fait prendre conscience de questions importantes.

La question du temps, des envies, des priorités : celles des choix.

Milton ERICKSON a dit : observer, observer et observer.

Alors maintenant : observer et faire, et ainsi permettre au patient de faire lui aussi.

Simplement envie de finir en disant merci.

Remercier les patients pour ce qu'ils m'apportent.

Remercier les personnes croisées même rapidement qui parfois par une simple remarque, une attention, peuvent nous sensibiliser et nous apporter un point de vue différent, s'autoriser à faire un pas de côté.

Bibliographie

1. Barrois B, Epidémiologies des escarres en France. Revue francophone de cicatrisation, vol 1, numéro 3, juillet-septembre 2017 : 10-14.
2. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Escarres_court.pdf
Consulté le 02/05/18.
3. Ouvry P, Les ulcères veineux : bilan diagnostique et options thérapeutiques. Revue francophone de cicatrisation, vol 1, numéro 4, octobre-décembre 2017 : 28-33.
4. Merskey H, Classification of chronic pain. IAPS Press, Seattle; 1994.
5. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES). Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>
consulté le 05/05/18.
6. SOCIETE FRANCAISE D'ETUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR.
<http://www.sfetd-douleur.org/definition>.
Consulté 02/05/2018.
7. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf
Consulté le 05/05/18
8. Stensal A, et al. Comment réduire la douleur liée à un ulcère de jambe ? J Mal Vasc, 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmv.2016.07.004>
9. Serrie A, Mourman V, Treillet E, et al. La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. Douleurs Eval - Diagnostic - Trait. Elsevier Masson SAS; 2014;15(3):106-14.
10. Michaux D. Douleur et Hypnose. Imago. 3^{ème} éd; 2013.
11. Erickson M. L'hypnose thérapeutique, quatre conférences. ESF éditeur; 1986.
12. Price D.D, Barber J, An analysis of factors that contribute to the efficacy of hypnotic analgesia. J Abnorm Psychol. février 1987; 96(1):46-51.
13. Price P.E, Fagervik-Morton H, Dressing – related pain in patients with chronic wounds: an international patient perspective. International Wound journal, 2008; 5: 159-171.
14. Bioy A, Bourgeois F, Negre I. La communication entre soignant et soigné. Repères et pratiques. Bréal; 2013. p. 60.

15. Deffouilloy I. Escarres : une prise en charge centrée sur le patient. *Revue francophone de cicatrisation*, vol 1, numéro 3, juillet-septembre 2017 ; 41-44.
16. Guetin S, Effect of music intervention in the management of chronic pain: a single blind randomized, controlled trial. *Clinical Journal of Pain* 2012 ; 28: 329-37.
17. Erickson M.H, The use of hypnosis in anesthesia: a master class commentary. *Int J Clin Exp Hypn.* 1989; 47: 211-218.
18. Gouchet A, Morvan J, Langages, chapitre 2 : Bioy A, Servillat T, Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Dunod, Paris ; 2017.
19. Barbier E, Toussaint P, Pratique de l'hypno-analgésie dans la prise en charge des plaies. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie* ; Mars 2010, tome XVIII, numéro 173, p. 146-148.
20. Timsit Bonnet M, Expérience de l'hypnose dans la gestion de la douleur liée aux escarres. *L'escarre* ; décembre 2015, Numéro 68, 6-7.
21. Mubiri M.A, et al. Place de l'autohypnose dans la prise en charge de la douleur. *Douleurs*, Paris, 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.douleur.2015.03.003>.
22. Lelarge E, Prevot-Stimec I, Prendre soin de soi par l'autohypnose. Paris : Dunod ; 2017.
23. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Hypnothérapie et hypnose médicale. Paris : Dunod ; 2014.
24. Mubiri M.A, et al. Place de l'autohypnose dans la prise en charge de la douleur. *Douleurs*, Paris, 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.douleur.2015.03.003>.
25. Célestin-Lhopiteau I, Bioy A, Hypnoanalgésie et hypnosédation. Paris : Dunod ; 2014.
26. Doridot J, S'entraîner à l'auto-hypnose au quotidien. Paris : InterEditions Dunod ; 2013.
27. Honoré D, Proverbes Réunionnais. St Denis : UDIR ; 1992.
28. Doridot J, S'entraîner à l'autohypnose au quotidien. InterEditions ; 2003, p 77.
29. Robles T, Concerto pour 4 hémisphères, Ed Broché ; 2009.
30. Bioy A, Bourgeois F, Negre I, Communication soignant-soigné. Bréal, Paris ; 2013, p.24.
31. Elvira V. Lang, Can Words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures, *Pain*, 2005 Mar; 114 (1-2): 303-9.
32. Bioy A, Negre I, Iatrogénie et mémoire : « Des mots et des diagnostics qui marquent », *Revue Douleurs*, nov. 2004 ; vol.5, suppl.1, p.49.
33. Faymonville ME, Meurisse M, Fissette J, Hypnosédation : a valuable alternative to traditional anaesthetic techniques, *Acta Chir Belg*, 1999, Aug ; 99 (4) :141-6.

Mots clés :

Hypno-analgésie, plaies chroniques, soin

Résumé

Le soin des patients porteurs de plaies chroniques est complexe. Elles sont la cause de douleurs chroniques et les soins peuvent entraîner des douleurs provoquées.

L'hypno-analgésie permet de diminuer ces douleurs et d'améliorer le confort du patient. Elle peut venir en complément d'autres thérapeutiques.

L'hypnose permet d'aborder le patient et le soin différemment. Elle donne à la relation une nouvelle dimension. Le patient est acteur de la séance et chacun peut trouver une nouvelle place.

Dans ce travail, j'aborde à travers différentes situations cliniques, des techniques différentes d'hypnose, l'autohypnose, les bénéfices apportés. Ce travail m'a permis d'ouvrir plus largement la réflexion, au-delà du domaine des plaies, en faisant un pas de côté.