



Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme Inter-Universitaire
Hypnose Médicale et Clinique

Accompagnement hypnotique dans la rééducation fonctionnelle d'un patient à la suite d'une arthroplastie de genou infectée.

Delphine GAUTHIER

Masseur-Kinésithérapeute

Sous la direction de Monsieur Julien Guigon, Masseur-Kinésithérapeute

Année universitaire 2022 - 2023

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	p. 6
II. REVUE THÉORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLÉMATIQUE	
1. La Masso-kinésithérapie et la rééducation de la prothèse unicompartmentale de genou	
1.1. Qu'est-ce que la masso-kinésithérapie ?	p. 8
1.2. La Prothèse Uni-Compartmentale de genou (PUC) et les complications post-opératoires.	p. 10
2. L'Hypnose et son application en masso-kinésithérapie	
2.1. Qu'est-ce que l'Hypnose	p. 12
2.2. Application de l'Hypnose sur la douleur : Hypnoanalgésie	p. 15
2.3. Application de l'Hypnose sur la mobilisation : Hypotonie musculaire et diminution de la kinésiophobie	p. 16
3. Problématique	p. 19
III. MÉTHODOLOGIE	
1. Présentation du patient – Anamnèse	p. 20
2. Bilan bio-psycho-social et objectifs de rééducation.	p. 20
2.1 Déficiences	
2.2 Incapacités	
2.3 Désavantages	
2.4 Objectifs	
3. Moyens thérapeutiques	p. 22
3.1 Manœuvres masso-kinésithérapiques	
3.2 Approche hypnotique	
IV. RÉSULTATS ET DONNÉES CLINIQUES	
1. Première séance :	p. 23
Métaphore de la montgolfière qui libère les amarres et lâche les lests pour s'élever.	

1.1 Installation	
1.2 Déroulement de la séance	
1.3 Remarques	
2. Deuxième séance :	p. 26
Catalepsie du membre inférieur.	
2.1 Installation	
2.2 Déroulement de la séance	
2.3 Remarques	
3. Troisième séance :	p. 29
Mobilisation passive du genou en état d'hypnose	
3.1 Installation	
3.2 Déroulement de la séance	
3.3 Remarques	
4. Quatrième séance :	p. 31
Mobilisation passive du genou grâce à la chaussette magique !	
4.1 Première installation	
4.2 Déroulement de la séance	
4.3 Remarques	
5. Quatrième séance :	p. 34
Mobilisation passive du genou grâce à la lévitation du pied !	
5.1 Deuxième installation	
5.2 Déroulement de la séance	
5.3 Remarques	

V. DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE

1. Comment intégrer l'hypnose à mon activité de masseur-kinésithérapeute en libéral ?	
1.1 Quelle est ma posture par rapport à la loi ? par rapport à mes patients ?	p. 36
1.2 Comment mettre en pratique l'hypnose dans mes séances ?	
1.2.1 Relation et alliance thérapeutique	p. 37
1.2.2 Communication hypnotique	p. 38

2. Comment l'hypnose améliore la rééducation orthopédique ?	
2.1 Les douleurs induites par les soins de masso-kinésithérapie	p. 40
2.2 Composante émotionnelle de la douleur	p. 41
2.3 Incidence de l'hypnose sur mes objectifs de soins	p. 42
3. Discussion éthique	
3.1 Les limites de l'hypnose	p. 44
3.2 La mobilisation en état d'hypnotique	p. 45
VI. CONCLUSION	p. 47
VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p. 49
VII. ANNEXES	p. 51
RÉSUMÉ ET MOTS-CLEFS	

REMERCIEMENTS

Premièrement, je tiens à remercier toute l'équipe de formation du DIU Hypnose Médicale et Clinique et le SEFCA de l'Université de Bourgogne. J'estime leur bienveillance, la qualité de leur enseignement et leur engagement. Les docteurs Gagneret-Chagué et Sage ont partagé leurs connaissances et leurs expériences avec beaucoup d'humilité alors que nous avons pu apprécier leur immense talent. Aussi, la diversité des formateurs apporte une richesse à cette formation. Je remercie Mme Mainguet de m'avoir initiée à l'hypnose en toute confiance. Je remercie aussi le professionnalisme du Pr Bioy et son engagement dans l'hypnose afin de garantir la possibilité de bénéficier de l'enseignement du DIU à Dijon.

Je remercie particulièrement Julien Guigon, mon directeur de mémoire. La justesse de ses propos m'a permis d'approfondir mes recherches. Ses remarques concises sont pertinentes. Elles m'ont apporté des précisions sur l'application de l'hypnose dans la profession.

Je remercie ma patientèle pour leur confiance et leurs encouragements. J'ai gagné en assurance grâce à leurs commentaires. J'ai pu réajuster ma manière de pratiquer avec l'hypnose afin de mieux répondre à leurs besoins. Je remercie également les professionnels de santé de la zone rurale qui m'ont soutenu dans cette démarche (notamment Elena, Céline, Camille et Julie). Je remercie Monsieur T. pour sa confiance et sa gentillesse.

Je remercie également tous les participants de la promotion 2023 : la 'Team formidable'. Les échanges étaient amicaux et constructifs. Une belle équipe s'est formée. Leur investissement est formidable. Les divers témoignages concernant les professions réunies ont enrichi mon apprentissage. Les partages aussi bien personnels que professionnels ont été pour moi d'un grand réconfort. Je remercie Bénédicte avec qui j'ai partagé les déplacements. Les voyages en sa compagnie prolongeaient les bénéfices de la formation.

Et enfin, je remercie ma famille et mes amis qui m'ont accompagné tout au long de ce parcours : le soutien et l'amour inconditionnel de mes enfants Noé et Romy ; l'entraide de mon époux, Claude ; le sacrifice d'Emilie sur ses soirées ; les conseils de Claudie sur mon avenir ; et tous les moments de convivialités suspendus pour mieux profiter de chacun bientôt. Ils ont tous été compréhensifs et attentionnés. Je leur dois ces heures de doutes, d'échanges et d'écritures pour finir ce travail et participer à mon épanouissement.

I. INTRODUCTION

Depuis 2003, j'exerce la profession de masseur-kinésithérapeute en libéral. Depuis l'obtention du diplôme d'état, j'ai complété ma formation initiale par différentes approches répondant aux besoins de mon exercice. Besoins, qui sont d'ailleurs motivés par ma curiosité et mon envie de répondre au mieux aux attentes de la population traitée en zone rurale. Étant installée depuis 2008 dans un secteur dit 'sous-doté' en kinésithérapeutes, je définis mon activité comme 'polyvalente' en comparaison des cabinets de ville qui se spécialisent parfois dans une thérapie.

En effet, situé à 45 minutes des principales villes, mon cabinet reçoit une population locale hétéroclite. La demande en soin concerne des actes traumatologiques, rhumatologiques, neurologiques et urogynécologiques ; de la pédiatrie à la gériatrie ; aussi bien au cabinet qu'à domicile du patient et en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendante (EHPAD).

Cette forme d'activité m'apporte beaucoup de satisfaction car elle permet de diversifier mon quotidien et m'incite à me remettre en question sur certaines problématiques de rééducation. Mais, en contrepartie, elle me prend beaucoup de temps et d'investissement personnel. D'autant plus que j'exerce seule depuis le départ de mon associé en août 2020, et la surcharge de travail rend ma pratique de plus en plus impersonnelle.

Étudiante, j'avais profité de séances de sophrologie pour m'aider à gérer mon stress face aux évaluations et passages d'examens. D'autre part, j'avais remplacé une kinésithérapeute, lors de séances de relaxation dispensées aux personnes souffrant de lombalgie chronique, dans un centre de rééducation. J'avais eu de très bons retours sur cette expérience. D'ailleurs, j'utilise encore ponctuellement le Training autogène de Schultz sur des patients en rééducation. C'est dans ce contexte, avec l'envie de redonner un sens à ma pratique, que j'ai choisi de me former à l'hypnose.

Empreinte de cette expérience, en 2017, j'ai réalisé une formation sur deux jours, sur le thème « Gestion de la douleur en Hypnose », dispensé par un organisme privé de formation. La formation ne m'a pas apporté de solution pratique auprès de mes patients lors des actes de rééducation.

Et pourtant, certains patients demandeurs m'ont sollicité pour trouver une réponse à leurs attentes sur d'autres sujets : phobie et angoisse. En suivant la trame proposée par le centre de formation, j'ai répondu à leurs attentes. Ce qui a été remarquable pour moi, c'est la puissance de cette approche, car les patients trouvaient une solution à leur problème. Solution qu'ils trouvaient en quelques minutes, par eux-mêmes, suivant quelques éléments de communication, avec un effet objectivable d'une

réponse à un problème qui les immobilisait depuis des mois ou des années. L'hypnose prenait alors pour moi un caractère « magique ».

Pour autant, je n'étais pas à l'aise avec cette technique que je ne maîtrisais aucunement. J'avais l'appréhension de m'immiscer dans des sphères mystérieuses que je ne contrôlerais pas et qui pouvaient m'échapper à tout moment. Je redoutais un dérapage, une décompensation du patient, lui laissant une marque psychologique irrattrapable. Si cela arrivait, comment alors le gérer ? Et surtout, comment l'éviter ?

C'est pourquoi, j'ai souhaité m'inscrire à ce Diplôme Inter-Universitaire (DIU). Le statut du diplôme me donne une légitimité dans la pratique de l'hypnose et répond au questionnement sur l'approche et ma manière de l'utiliser dans ma pratique professionnelle.

Dans ce mémoire, je décris l'application de mes acquis au fur et à mesure de ma progression dans la formation. Dans cette approche 'expérimentale', j'ai comme objectif principal de redonner une fonction satisfaisante au genou d'un patient réopéré à la suite de l'infection d'une Prothèse Uni-Compartimentale (PUC) en utilisant l'hypnose.

D'après mon expérience, j'ai une double problématique sur ce cas clinique.

D'une part, la pose d'une prothèse unicompartmentale, est selon moi, une perte de chance pour le patient, car le chirurgien ne prend en compte que l'état anatomique de la dégradation du genou. Dans mon activité libérale, j'ai très peu rencontré de patients opérés d'une arthroplastie partielle. Au moment de mes études, cette technique n'était pas assez évoluée pour donner des résultats concluants. Le plus souvent, ces rares cas me relataient la persistance de douleurs. L'articulation ne retrouvait pas une fonction satisfaisante. Rapidement, ces patients retournaient au bloc-opératoire pour échanger la PUC contre une prothèse totale de genou (PTG). Pourtant, des études contemporaines démontrent une amélioration de la qualité de vie des patients bénéficiant d'un nouveau matériel de PUC. Est-ce mon point de vue qui agit sur la réussite ou l'échec de la rééducation ?

D'autre part, l'infection avec ré-opération un mois après la pose de la PUC, déclenche une kinésiophobie, des douleurs et une perte d'autonomie chez les patients que j'ai pu rencontrer. Cela me laisse perplexe sur les résultats attendus dans les suites de ces interventions. Bien évidemment, je ne l'annonce pas au patient pour ne pas induire une évolution négative.

Et je trouve en abordant ce cas par l'hypnose, une alternative à la rééducation que je menais jusqu'à présent, pour trouver des réponses autres, sans connotation négative qui pourraient entraîner une chronicisation.

II. REVUE THÉORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLÉMATIQUE

L'étude du cas clinique présenté dans ce mémoire concerne une rééducation orthopédique après la pose d'une prothèse unicompartmentale de genou (PUC). L'intervention chirurgicale est un acte réfléchi et programmé en vue de remplacer une partie de l'articulation du genou. A la suite de l'opération, un suivi en masso-kinésithérapie permet de récupérer un bon fonctionnement. Dans ce cas particulier, des complications post-opératoires immédiates apparaissent, je souhaite donc mener cette rééducation en intégrant l'hypnose. Dans cette revue théorique, je décris tout d'abord, la masso-kinésithérapie et la PUC, ainsi que ses complications. Puis, j'expose les principes de l'hypnose et les applications dans la démarche de soins. Enfin, je réponds la problématique qui m'a conduit à suivre ce cas clinique avec l'accompagnement de l'hypnose.

1. La Masso-kinésithérapie et la rééducation de la prothèse unicompartmentale de genou

1.1. Qu'est-ce que la masso-kinésithérapie ?

Le terme de masseur-kinésithérapeute vient de l'association de trois mots grecs anciens :

- 'massein' qui veut dire « pétrir »
- 'kinêsis-' se traduit littéralement par « mouvement »
- '-thérapeia' exprime « soins médicaux, traitement ».

Le terme de 'kinésithérapie' apparaît pour la première fois en 1847 dans l'ouvrage du Dr Georgi : « *kinésithérapie ou traitement des maladies par le mouvement selon la méthode de Ling et Branling* ». Les soins en kinésithérapie ont vocation de remettre en mouvement la personne traitée. Ce mouvement est perçu au sens physique et peut s'extrapoler vers une définition plus philosophique de l'Homme dans son rapport au monde.

En 1946, les besoins de l'après-guerre en font une profession à part entière. Un Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute (DEMK) est créé, dont les deux principales compétences sont : le massage et la gymnastique médicale.

Depuis la rentrée 2015, le niveau d'étude s'est aligné à celui européen pour s'inscrire dans le cadre LMD (Licence-Master-Doctorat). Mais, c'est seulement à partir de 2021, que les nouveaux lauréats du DEMK, peuvent revendiquer le grade de Master et accéder à la recherche.

En même temps, les compétences du masseur-kinésithérapeute sont redéfinies par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, au bulletin officiel du 15 septembre 2015¹.

¹ <http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/12/Référentiel-compétences.pdf> (consulté le 18 mai 2023)

A ce jour, la définition de l'activité est la suivante² : « *Professionnel de la santé, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre la rééducation des troubles du mouvement, des troubles de la motricité, des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles. La pratique de la kinésithérapie comporte également la promotion de la santé la prévention et le diagnostic kinésithérapique ainsi que la dispense d'activité physique adaptée. Le masseur-kinésithérapeute peut aussi intervenir dans le domaine du sport et de la prévention. Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur kinésithérapeute exerce sur prescription médicale. Les séances de rééducation, prescrite par un médecin, sont remboursées par la sécurité sociale.* » Le remboursement des actes de kinésithérapie est soumis au respect de conditions de durée de séance et de nombre de patients. La durée de la séance est « de l'ordre de trente minutes ».³

Le massage, pour ce qui est de cette discipline, recouvre plusieurs techniques reposant surtout sur un savoir-faire. « *On entend par massage toute manœuvre externe réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui compose une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus.* »⁴ article R4321-3 du Code de la Santé publique.

En fonction de la méthode employée, l'action se porte sur des soins résolutifs ou dits de 'bien-être'. Dans cette étude, nous concentrerons notre attention seulement sur quelques techniques. L'application manuelle de pressions plus ou moins profondes, de frictions, pétrissages, effleurages, tapotements, vibrations engendrent sur les tissus concernés des réponses mécaniques ou réflexes.

L'autre versant de la profession s'intéresse aux activités motrices : « *On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, correctrice ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Le masseur-kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapeutiques.* »⁴ article R4321-4 du Code de la Santé publique.

En conclusion, l'activité du masseur-kinésithérapeute s'appuie sur ses connaissances, son savoir-faire et son savoir-être au service du patient. Son rôle consiste à remettre en mouvement l'individu par des techniques manuelles ou instrumentales, d'un point de vue visible à l'échelle du corps, jusqu'à la plus

² <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/masseur-kinesitherapeute> (consulté le 18 mai 2023)

³ <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/NGAP05092022.pdf#page98> (consulté le 24 mai 2023)

⁴ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190616/ (consulté le 27 mai 2023)

élémentaire structure cellulaire qui le compose. L'action de ce physiothérapeute se joue sur l'être humain pour redonner les capacités fonctionnelles et renforcer les compétences psycho-sociales⁵ nécessaires à une qualité de vie satisfaisante.

1.2. La Prothèse Uni-Compartimentale de genou (PUC) et les complications post-opératoires.

Lorsque l'articulation du genou est dégradée d'un point de vue anatomique, constituant une douleur invalidante avec perte d'autonomie, le chirurgien envisage la pose d'une arthroplastie de genou. Cette décision repose sur l'évaluation des rapports osseux et tient aussi compte de l'âge, de la mobilité, du poids, de la forme des membres inférieurs et de l'état des ligaments. Le plus souvent, la prothèse totale de genou (PTG) remplace les deux compartiments fémoro-tibiaux, avec la partie postérieure de la patella.

Dans la perspective d'une PUC, l'usure est localisée et importante. Elle ne concerne que l'articulation fémoro-tibiale, soit latérale, soit médiale (Annexe 1).⁶

Dans ce document de la SOFCOT, présenté au patient avant l'intervention, le matériel est décrit ainsi : *« La prothèse partielle unicompartmentale est composée d'une pièce fémorale métallique, et d'une pièce tibiale en polyéthylène (polymère très résistant) reposant le plus souvent sur une embase métallique. [...] La surface de glissement entre les deux pièces joue le rôle du cartilage, elle permet une excellente mobilité, et assure une bonne résistance à l'usure. La qualité de fabrication des prothèses actuelles réduit le frottement des deux pièces prothétiques, et donc leur usure. »*.⁶

En 2011, on dénombrait 9500 actes d'arthroplastie partielle sur 71 000 actes d'arthroplastie totale. Ce chiffre est en augmentation croissante en raison d'opérations effectuées chez des sujets de plus en plus jeunes et grâce à l'évolution des techniques. Felts et al. (2010) ont étudié la qualité de vie et la fonction après PUC chez les sujets de moins de 60 ans : *« Dans la dernière décennie, les progrès des ancillaires de mise en place des PUC associés à une meilleure sélection des patients ont permis l'accélération de la récupération fonctionnelle, des résultats cliniques satisfaisants selon les scores classiques avec une survie satisfaisante des implants, même si les taux d'usure semblaient plus importants dans cette tranche de population. »*(1)

⁵ <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-competences-psychosociales-definition-et-classification> (consulté le 27 mai 2023)

⁶ <https://www.sofcot.fr/sites/www.sofcot.fr/files/medias/documents/Uni.pdf> (consulté le 2 février 2023)

Après intervention, il peut survenir des complications immédiates :

- Hémorragie secondaire ou hématome
- Anomalie dans la cicatrisation
- Thrombose veineuse ou phlébite
- Infection du site opératoire

Dans les prothèses totales de genou, les infections sont rares (1 à 2%). Les préconisations de la SOFCOT à ce sujet sont : « *L'infection postopératoire précoce s'exprime par une anomalie de la cicatrisation, des douleurs inhabituelles, ou un sepsis avec fièvre. Le patient doit être rapidement réorienté vers son chirurgien et aucune antibiothérapie ne doit être instaurée avant la réalisation d'une ponction articulaire permettant de confirmer le diagnostic et d'identifier le germe. Toute antibiothérapie à l'aveugle est inutile et néfaste car elle ne permet pas la guérison et rend plus difficile, voire impossible l'identification bactérienne.* ».⁷

- Raideur ou difficulté de rééducation

Une bonne mobilité en préopératoire est un facteur prédisposant pour la récupération des amplitudes articulaires à la suite de l'intervention. Aussi, « *Il est nécessaire de plier rapidement le genou, de pouvoir l'étendre complètement sinon la cicatrisation va créer des adhérences et limiter la mobilité.* »⁶ Les principaux objectifs et les résultats attendus sont repris par Philippeau D. (2013) dans des tableaux en Annexe 2(2).

Les causes de ces raideurs sont multiples. Elles peuvent être corrélées au degré d'atteinte articulaire préopératoire, aux malpositions prothétiques, aux éventuelles complications précoces et à la participation du patient. Selon Bonneville & Borrione (2010), la cause la plus fréquente réside dans la mauvaise maîtrise de la douleur qui « *entraîne une réaction de défense vis-à-vis de la rééducation* ». Ils traduisent le principe du 'cercle vicieux' (Annexe 3) : « *le genou ne progressant plus en flexion, des adhérences vont se constituer dans le cul-de-sac sous-quadricipital, à peu près aussi rapidement que se fait la cicatrisation cutanée [...] les adhérences ajoutant leur contingent de douleur à celles liées aux phénomènes inflammatoires locaux.* »(3)

Il est nécessaire de retrouver les amplitudes articulaires précocement afin d'éviter une mobilisation sous anesthésie générale ou une arthrolyse sous arthroscopie ou à terme un changement prothétique.

⁷ <https://www.sofcot.fr/sites/www.sofcot.fr/files/medias/documents/reptg.pdf> (consulté le 2 février 2023)

D'autre part, nous devons toujours avoir à l'esprit qu'une complication telle qu'un Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC) puisse apparaître à moyen et long terme. Cette pathologie exacerbe le cercle vicieux de la douleur jusqu'à une restriction des amplitudes articulaires.

Dans les suites opératoires d'une arthroplastie de genou, l'expertise du masseur-kinésithérapeute favorise la récupération optimale à travers une rééducation ciblée autour des besoins articulaires, musculaires, fonctionnels de l'individu et de sa qualité de vie.

2. L'Hypnose et son application en masso-kinésithérapie

2.1. Qu'est-ce que l'hypnose ?

En tant que kinésithérapeute, je me suis intéressée à l'aspect somatique de l'hypnose sans toutefois en négliger la dimension psychique. En effet, l'individu est un tout et c'est dans sa globalité que naturellement, au fil des années, la définition de l'hypnose s'est précisée.

Depuis des siècles, les manifestations physiques en état de transe ont suscité des questionnements. D'ailleurs, le terme *hypnose* vient du grec ancien 'húpnos', qui signifie 'sommeil'. Il est employé pour la première fois, en 1819, par le baron Hénin de Cuvilliers, pour représenter l'état de détente dans lequel les sujets sont portés. Pourtant, les manifestations somatiques peuvent revêtir diverses formes. C'est à la fin du XIXe siècle, que Bernheim et Liébault, de l'école de Nancy, approprient les phénomènes physiques à l'opérateur qui les suggère, réduisant l'hypnose à la suggestion. Dans la continuité de ces apports, l'hypnose a aussi aidé le développement de la psychothérapie et de la psychanalyse. Parmi plusieurs grandes figures dans ce domaine, Léon Chertok (1919-1991), Milton Erikson (1901-1980) et François Roustang (1923-2016) sont des grands noms sur lesquels l'hypnose médicale et clinique appuie sa pratique.

La définition de l'hypnose ne cesse d'évoluer depuis deux siècles. Grâce aux nouvelles technologies et à travers les nombreuses études, cette définition continuera d'être enrichie. En 2010, le Pr Antoine Bioy apporte une amélioration à la définition de l'hypnose : « *Mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi.* »(4).

Ainsi, en 2015, Jensen et Collaborateurs synthétisent les études les plus pertinentes sur ce sujet pour établir trois axes des effets de l'hypnose sur les personnes : biologiques (dont neurophysiologie), psychologiques et relationnels ou sociaux (Annexe 5). (5)

De manière naturelle et spontanée, un individu peut laisser son esprit vagabonder au-delà de l'espace et du temps. Dans la pratique de l'hypnose, le thérapeute va provoquer cet état pour répondre à un objectif thérapeutique.

Dans le livre *L'Hypnose... Que sais-je ?* (Bioy, 2017)(6) décrit la méthode en 4 phases :

- 1- L'adhésion du patient à cette expérience particulière est essentielle pour établir une **alliance thérapeutique** et définir un objectif thérapeutique.
- 2- Absorber l'attention du sujet dans son ressenti, par l'intermédiaire de différents canaux sensitifs : Vue, Audition, Kinesthésie, Olfactif et Gustatif (VAKOG) ou utiliser un langage confus ou des consignes paradoxales pour amener l'**induction**. « *La perte des repères habituels par rapport à la réalité et à sa perception* » (6) crée une **dissociation** entre le conscient (le réel) et l'inconscient (le virtuel, l'imaginaire).
- 3- Profiter de ce champ de conscience élargi pour aborder le champ des possibles et répondre à un objectif thérapeutique par métaphores ou suggestions directes ou indirectes. **Cette phase de travail** sera d'autant plus profitable qu'elle sera accompagnée d'une suggestion post-hypnotique et de la répétition de ce qui a été vécu, en autohypnose, dans les jours suivants.
- 4- Réassocier dans 'l'ici et maintenant' par le **retour** des sensations du corps et du raisonnement que la personne aurait habituellement dans cet environnement et dans le présent.

Dans l'ouvrage *L'hypnose aujourd'hui* (Benhaïem, 2005), Patrick Richard écrit : « *Pratiquer une induction chez l'adulte, c'est donc faire fondre les résistances et faire diminuer l'enracinement dans le réel, alors que chez l'enfant l'objectif est plus de faire appel à l'imaginaire de manière ludique.* ». (7). Afin de modéliser le processus hypnotique, l'auteur propose le schéma présenté en Annexe 6.

La technique n'est efficace que si elle est consentie par le patient. Sans l'adhésion du sujet, le thérapeute se confronte aux résistances du patient. En état d'hypnose, nous n'avons aucun moyen de nous représenter ce que la personne se représente au niveau psychique. Surtout, si la séance se déroule dans un cadre formel. Même si nous réussissons, grâce à l'imagerie, à interpréter ce qu'il se trame au niveau cérébral, nous restons cependant spectateur d'un état. L'hypnose conversationnelle permet d'interpréter ce que le patient exprime, et encore, sous condition que le patient puisse décrire ce qu'il perçoit.

Afin de constater l'état hypnotique, des réponses idéo-motrices permettent de ratifier la transe. Ce sont des mouvements automatiques provoqués par une pensée ou une image mentale :

- Immobilité, léthargie, détente
- Etat de relaxation de la musculature volontaire (traits du visage aplanis) dans toutes les parties du corps : tête, membres, ceintures scapulaire et pelvienne, dos, abdomen.
- Catalepsie : inhibition des mouvements volontaires
- Mouvements automatiques, sursauts ou petites saccades musculaires
- Lévitiation spontanée d'un ou plusieurs membres
- Activation passagère de la musculature lisse : salivation, péristaltisme, toux, dilatation bronchique, vasodilatation périphérique
- Déglutition plus ou moins accentuée (d'ailleurs plus présente à l'induction)
- Yeux : larmes, regard particulier, blanc de l'œil un peu rosé
- Paupières : fibrillation, REM (mouvements oculaires rapides)
- Sourcils froncés
- Temps de réponse (plus lent ou plus instantané)
- Ralentissement du débit verbal, dysarthrie légère
- Respiration plus ou moins intense
- Modification du rythme cardiaque et diminution de la pression artérielle
- Modification du schéma corporel et modification de la perception corporelle (hyperesthésie, hypoesthésie ou anesthésie, partielle ou généralisée)

En fonction des suggestions, il peut se produire des réponses idéo-sensorielles : sensation de lourdeur ou de légèreté, sensation de chaleur ou de fraîcheur, inhibition ou excitation sensorielle.

« A l'issue de l'induction hypnotique, le sujet est passé d'une perception partielle de la réalité à une perception élargie. François Roustang a un temps nommé « perceptude » ce passage d'une conscience restreinte, discontinue, à une conscience élargie, continue. »(6)

La phase de travail s'appuie sur les ressources du patient. Dans cet état de conscience élargie, le patient ouvre son champ de perception. Dans son ouvrage *L'Hypnose... Que sais-je ?*(6), Antoine Bioy décrit cinq caractéristiques de l'état hypnotique :

- Modification de l'orientation temporo-spatiale
- Activation des circuits de la détente et de l'attention, mise en évidence par les neurosciences
- « *une attention facilement concentrée et focalisée sur un élément donné. Cela permet à un patient, par exemple, de décrire avec autant d'attention que nécessaire une sensation physique ou de se laisser aller à son imaginaire.* »(6)
- Diminution de jugement et de la censure
- L'expérience d'une réponse quasi-automatique

Milton Erickson a apporté son expérience personnelle pour faire évoluer l'hypnose. Il se base sur le développement des capacités du sujet : « *L'hypnose ericksonienne est une approche non déféctologique, c'est-à-dire qu'elle porte plus d'attention à ce qui peut changer et à ce qui peut être mobilisé en termes de ressources et d'apprentissages qu'au désir d'élaborer quoi que ce soit à partir de ce qui manque ou de ce qui ne fonctionne pas correctement.* »(6)

2.2. Application de l'Hypnose sur la douleur : Hypnoalgésie

Selon Nathalie Jammot : « *On parle d'hypnoalgésie lorsque les techniques hypnotiques sont utilisées pour prévenir et limiter l'effet douloureux et anxiogène du soin, que ce soit en péri-opératoire ou dans tout geste pouvant potentiellement provoquer une douleur iatrogène. C'est un vrai « plus » pour le patient car non seulement le vécu du soin est modifié, mais aussi cela lui permet de prendre conscience de ses propres ressources en le rendant « acteur » à part entière du soin.* » (Bioy et Célestin-Lhopiteau, 2014) (8)

Les neurosciences ont objectivé le phénomène hypnotique en anesthésie et analgésie grâce aux expériences assistées par imagerie fonctionnelle : la tomographie par émission de positons (Pet-Scan).

De ces restitutions sur l'activité cérébrale, Éric Gibert synthétise : « *On peut discriminer plusieurs composantes de la douleur :*

- *La composante sensorielle qui identifie la douleur, sa localisation, son intensité et elle est projetée dans les zones cérébrales comprenant l'insula et les cortex somato-sensoriel (S1 et S2).*

- *La composante émotionnelle/affective qui signale l'inconfort et le lien émotionnel que la personne associe à cette douleur ; elle s'exprime dans le cortex cingulaire antérieur (CCA).*
- *La composante cognitivo-comportementale qui interprète la douleur et entraînera une modification momentanée de son comportement, elle active les cortex pré-frontal et pré-moteur.*

En d'autres termes, on peut distinguer 3 niveaux d'intégration :

- *Sensitivo-discriminatif pour la composante organique,*
- *Emotionnel qui gère l'action de « sauvegarde » et l'affect du douloureux,*
- *Cognitif qui interprète la douleur en fonction du contexte socio-culturel. » (Bioy, 2017) (9)*

D'ailleurs la définition de la douleur, selon International Association for the Study of Pain (IASP), fait apparaître ces composantes : *« une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable et aversive en rapport avec une lésion tissulaire réelle, potentielle ou décrite dans les termes d'un tel dommage. »*

En post-opératoire, nous pouvons à juste titre comprendre l'appréhension que le patient va ressentir dans les soins autour de la zone opérée. D'un point de vue sensoriel, cette douleur dite procédurale, peut être qualifiée de douleur iatrogène et prend souvent la forme d'une douleur aigüe. Aussi, l'anticipation des soins et/ou le souvenir d'expériences passées similaires provoquent chez le sujet des émotions, telle que l'anxiété, qui vont majorer la douleur. En hypnose, le thérapeute a la possibilité de modifier les attentes du patient dans ses soins en diminuant la peur et en modifiant la mémoire d'une douleur. La modulation de ces douleurs permet ainsi de laisser une 'bonne impression' du vécu des soins dans la mémoire du patient, ce qui rendra les soins ultérieurs moins anxiogènes et donc moins douloureux.

2.3. Application de l'Hypnose sur la mobilisation : Hypotonie musculaire et diminution de la kinésiophobie.

Comme nous l'avons vu précédemment, *« Chez la personne douloureuse se joue une distorsion cognitive dans l'interprétation des stimuli anxiogènes (les situations) et internes (réactions physiologiques). On repère différents types de distorsions à l'œuvre : des anticipations, des prédictions catastrophiques, des interprétations, des évaluations dichotomiques, etc... » (Bioy et Célestin-Lhopiteau, 2014) (10)*

De ce fait, lors de la mobilisation des tissus ou des segments en masso-kinésithérapie, anticipant le facteur douleur, le patient peut de manière plus ou moins involontaire s'opposer à la manipulation.

Dans une proportion plus large, « la peur excessive et irrationnelle de faire certains mouvements ou de participer à une activité » est appelée kinésiophobie. Malheureusement cette peur engendre un comportement vicieux, représentée par la figure en Annexe 4.

Adrien Ménard dépeint la kinésiophobie sous ces termes : « *La douleur entraîne anxiété qui renforce la première en retour dans un jeu sans fin. Le sujet peut organiser sa vie en fonction de sa douleur, en se limitant dans ses activités, ces déplacements. Ainsi, il s'aperçoit qu'il peut un minimum contrôler le processus et apaiser et la douleur et l'anxiété associée. L'inconvénient majeur, c'est qu'il y a un rétrécissement de plus en plus grand du champ d'action, de la liberté de mouvement, de ce qui fait que l'espace vital se resserre de plus en plus et permet de moins en moins de respirer.* » (10)

Dans la plupart des cas, le patient qui fait une démarche de soins en kinésithérapie, comprend les enjeux de la rééducation. Au fur et à mesure de la mobilisation, cette tension peut être levée par la simple proposition directe d'un relâchement « relâchez-vous » ou l'utilisation d'image telle que : « faites-vous 'chiffon' » ou « 'pantin' », « comme si vous dormiez », etc. Pour arriver à ses fins, le thérapeute peut aussi utiliser la distraction. Il aborde des sujets appréciés par le patient dans le but de 'l'éloigner' de sa douleur.

Avec l'hypnose, ces propositions auront plus d'impact car le facteur critique sera contourné. Pour Éric Gibert, « *L'hypnose permet au patient de s'échapper des contraintes de l'acte, de l'anxiété et de laisser momentanément son corps à l'écart du circuit émotionnel, d'apaiser ainsi les décharges hormonales et l'hyper stimulation du système neurovégétatif.* » (9)

Dans une vidéo explicative, Yves Halfon (2022), psychologue clinicien au CHU de Rouen⁸, démontre l'application de l'hypotonie musculaire dans l'hypnose. Cette méthode est utile pour obtenir un relâchement, propice à l'exécution de l'acte thérapeutique. Il rappelle qu'il est nécessaire de mimer le relâchement souhaité pour modéliser dans l'esprit du patient cette présentation dans le but de faciliter ensuite les suggestions. En 1886, Bernheim affirmait déjà que « *les prétendus phénomènes psychiques ne sont, suivant moi, que des phénomènes psychiques. C'est l'idée conçue par l'opérateur qui, saisie par l'hypnotisé et acceptée par le cerveau, réalise le phénomène, à la faveur d'une suggestibilité exaltée, produite par la concentration d'esprit spéciale de l'état hypnotique* »(6).

Yves Halfon, après avoir mimé sa main flasque retomber lourdement sur la cuisse, vérifie la capacité de son patient à effectuer le même geste. Il lui suggère de faire quelques respirations, d'aller plus profondément en lui-même et de se souvenir de sensations de lourdeur, de pesanteur dans le corps,

⁸ <https://m.youtube.com/watch?v=Zc3eGWA7vjU> (consulté 20 mai 2023)

comme lorsque l'on porte un enfant endormi. Il remémore ainsi la réduction de toutes les sensations, comme dans les premiers signes de l'endormissement. Il suggère la souplesse.

On retrouve dans cette vidéo, la suggestion de lourdeur comme dans le Training autogène. En 1932, Schulz inventait une technique de relaxation basée sur des autosuggestions de pesanteur et de chaleur progressant dans toutes les parties du corps.

Michel Larroque décrit les deux principaux « *bénéfices de la relaxation : mise au repos et maîtrise émotionnelle* ». Dans son article sur *Les procédés de la relaxation hier et aujourd'hui* (2013) (11), il rassemble certaines données scientifiques, notamment sur la mise au repos.

L'installation de la détente musculaire est propice à la mobilisation. Elle permet d'amener l'articulation dans les derniers degrés accessibles de manière confortable. Ainsi, la séance menée abaisse la garde du patient vis-à-vis de ces croyances. A travers cette expérience, il ressent la possibilité du mouvement sans la nociception. Cette perception laisse une marque positive dans sa mémoire avec la perspective de briser le cercle vicieux de la kinésiophobie.

D'autre part, les bienfaits de la relaxation se porte sur l'état émotionnel. Selon Michel Larroque : « *Un autre bienfait de la relaxation est l'obtention du calme. Le stress, en effet, est toujours lié à des crispations corporelles. L'anxiété ou même une simple inquiétude suscite toujours des réactions musculaires de défense, que cet état soit momentané ou durable, justifié ou névrotique. Il est donc normal que des états fondamentalement caractérisés par l'abaissement du tonus résiduel soient des expériences de calme intérieur.* » (11)

Par conséquent, ces deux bénéfices, émotionnels et physiques, participe à l'acceptation du geste thérapeutique sur la zone lésée. De plus, la pratique régulière de la relaxation contribue à diminuer le stress et l'anxiété. Et les bénéfices se prolongent plusieurs heures après l'entraînement.

Par conséquent, cette sensation peut être reproduite en autonomie lors d'une séance d'autohypnose, d'une durée de 10 à 20 minutes. Cet apprentissage sera initié lors d'une séance d'hypnose, dans le cadre d'une relation thérapeutique avec un thérapeute. « *La trame d'une séance d'auto-hypnose structurée en tant que telle est assez simple* » et décrite par Antoine Bioy dans *l'Aide-mémoire Hypnoanalgésie et hypnosédation* (Bioy et Célestin-Lhopiteau, 2014):

- « *prise d'une position d'assise agréable, d'équilibre confortable.*
- *prise de conscience de son environnement par perception des éléments présents, jusqu'à un sentiment de familiarité et de sûreté.*
- *écoute de ces rythmes internes, souvent au travers de sa respiration.*

- *temps d'autosuggestions (si le but est celui-ci).*

- *retour à l'état ordinaire de conscience en se réinscrivant dans son ici et maintenant.* » (12)

3. Problématique

Selon la charte du DIU, l'hypnose médicale et clinique s'applique aux pratiques de la masso-kinésithérapie, « dans le champ de la relation d'aide [...] Elle implique la mise en œuvre de moyens qui tendent vers l'autonomie et le mieux-être des patients. ». Ce préambule répond à ce que je recherche sur la qualité des soins. Je suis attachée à cette relation d'aide qui en fait ma vocation. De plus, je prône l'éducation thérapeutique et l'enseignement inductif dans la plupart de mes soins pour impliquer le patient. Mon questionnement se porte donc sur la façon dont l'hypnose peut accompagner mes actes kinésithérapiques dans mon cabinet libéral.

Pour répondre à cette interrogation, j'ai choisi l'étude d'un cas clinique. Je vais observer comment je peux appliquer l'hypnose pour accompagner un patient dans sa rééducation d'une prothèse unicompartimentale après infection post-opératoire.

En effet, si l'arthroplastie partielle est une intervention peu courante, les complications infectieuses sont encore plus rares. En raison des influences de mon expérience passée, je me trouve en difficulté face à cette prise en charge. C'est pourquoi, je tente d'intégrer l'hypnose dans la rééducation pour donner toutes les chances de récupération au patient.

III. MÉTHODOLOGIE

1. Présentation du patient - Anamnèse

Monsieur T. a subi une intervention du genou droit pour soulager une gonarthrose médiale. Étant âgé de 62 ans, et toujours en activité, le chirurgien orthopédiste a préconisé la pose d'une prothèse unicompartmentale.

L'intervention, en date du 9 octobre 2022, s'est bien déroulée et le patient a récupéré une flexion du genou de 100° assez rapidement. Il a abandonné les cannes anglaises à deux semaines et se déplaçait avec une légère douleur. L'appui était soutenable grâce à la prise d'antalgiques. Le genou restait rouge et gonflé au niveau d'un kyste poplité. Ce dernier n'a pas été enlevé lors de l'opération, comme l'aurait souhaité le patient. Comme il n'y avait pas d'autres signes inflammatoires, selon Monsieur T. la responsabilité de la non-progression sur les mobilités du genou était liée à son kyste poplité, qui venait en compression dans l'articulation.

Début octobre, il a constaté des poussées de fièvre nocturnes qu'il repérait avec les fenêtres thérapeutiques d'antipyrétique. La Protéine C-Réactive (CRP) élevée a confirmé une infection. Un premier traitement antibiotique ordonné par le médecin traitant est arrêté par l'équipe du service orthopédique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) après consultation.

Quelques jours suivants, la CRP continuait d'augmenter et le genou devenait rouge, chaud et difficilement mobilisable à cause de l'inflammation. Finalement, le kyste n'était pas en cause et Monsieur T. est hospitalisé pendant dix jours. Il a subi un nettoyage du genou, avec cinq prélèvements profonds dont deux osseux et le remplacement du polyéthylène. A cela s'ajoutait trois mois d'antibiotique.

2. Bilan bio-psycho-social et objectifs de rééducation.

A son retour à domicile, le 20 novembre, je reprends la rééducation. Le bilan initial fait état des déficiences, incapacités et désavantages, fixant ainsi les objectifs communs :

2.1 Déficiences.

- EVA douleur 5.5/10 ; intermittente, sensation de blocage en fin d'amplitude, tiraillement ; aggravée par la marche, l'extension et la flexion ; soulagée en position allongée et le repos.
- Aspect cutané : œdème (signe du godet), hématome, rougeur et chaleur autour de la cicatrice (incision réalisée sur la première, ablation des fils), épanchement au niveau du cul de sac sous-quadricipital

- Mobilité très limitée du genou (65° de flexion, -10° d'extension) sans répercussion sur la mobilité générale du membre inférieur.

- Etat musculaire : sidération du quadriceps, amyotrophie des muscles du membre inférieur.

2.2 Incapacités

Au niveau fonctionnel : marche intérieure sur quelques dizaines de mètres sans canne ; montée/descente d'escaliers avec déséquilibre et appréhension aidé de 2 cannes anglaises ; marche extérieure sur moins de cent mètres avec 2 cannes anglaises, difficile sur terrain inégal ou en pente. Reprise de la conduite automobile possible. Travail et loisirs ne sont pas repris.

2.3 Désavantages

Monsieur T. habite seul dans une maison à plusieurs niveaux, dont il a aménagé le rez-de-chaussée pour améliorer son confort. Les sanitaires sont accessibles par quelques marches. Il a plusieurs animaux de compagnie et s'occupe d'une basse-cour, d'un grand potager et verger. D'autre part, au fur et à mesure de l'accompagnement, j'apprends quelques informations sur le patient. Ancien gymnaste et pompier de Paris, il a fini sa carrière au Commissariat à l'Énergie Atomique de Valduc (Côte d'Or) comme responsable de la sécurité incendie sur le site nucléaire. Son ex-épouse lui a laissé des dettes disséminées sur plusieurs emprunts à la consommation. Depuis deux ans, il travaille à l'EHPAD pour compléter son revenu de retraité, car la rente mensuelle ne suffit pas à couvrir les dettes. D'ailleurs, son statut de retraité limite les indemnités journalières à 60 jours, aussi bien par l'assurance maladie que par les assurances d'emprunt. D'un point de vue financier, il est souhaitable que Monsieur T. récupère rapidement son autonomie pour accélérer le retour à son emploi.

2.4 Objectifs (Annexe 2)

Nous définissons ensemble alors un plan de rééducation basé sur :

- La diminution de l'œdème et des troubles trophiques liés à l'inflammation. L'altération des tissus engendre des douleurs. D'autant plus que l'œdème, lors de la flexion, crée une compression dans l'articulation qui entraîne des douleurs et gêne la mobilisation du genou.

- L'augmentation des amplitudes de flexion et d'extension de manière fluide, c'est-à-dire, sans appréhension du mouvement, grâce aussi à la levée des adhérences des différents plans tissulaires. L'urgence du traitement consiste à gagner l'amplitude articulaire sans déclencher de réaction inflammatoire. De ce fait, la mobilisation doit être douce et progressive et au

maximum infra-douloureuse pour éviter un syndrome douloureux régional complexe ou une chronicisation du problème.

- La proprioception (perception de la position du corps dans l'espace) et le réentrainement à l'effort pour un retour optimal aux activités de loisirs et professionnelles.

Monsieur T. est une personne volontaire qui adhère à la prise en charge en effectuant régulièrement ses exercices à domicile. Il comprend aisément la démarche de soin et ne prend pas d'initiative délétère pour son genou. Nous abordons sereinement la rééducation.

3. Moyens thérapeutiques

3.1 Manœuvres masso-kinésithérapiques

La rééducation sera menée par des soins que j'ai l'habitude de proposer : massages (cicatriciels, drainants, décontracturants et réflexes), mobilisation passive et active (extensibilité des tissus périarticulaires, levée de sidération et renforcement musculaire), travail proprioceptif et neuro-musculaire. Ainsi que des conseils et des exercices à poursuivre en dehors des séances.

En cohérence avec la prescription médicale, je vois Monsieur T. cinq jours par semaine à partir de son retour d'hospitalisation.

3.2 Approche hypnotique

Je connais et tutoie Monsieur T. car il travaille en tant que technicien de maintenance dans un EHPAD où je me rends trois heures par semaine. Nous avons développé une confiance réciproque. Donc, ce sujet me semble idéal pour réaliser mes premiers essais dans la pratique de l'hypnose. Il accepte de devenir 'sujet d'étude', en soulignant que sa fille a réalisé une formation d'hypnose mais ne l'a jamais exercée sur lui. A ce stade de la formation, mes séances, aussi basiques que maladroitement du fait de mon manque d'expérience, seront ses premières séances. D'ailleurs, j'avoue lui proposer de l'accompagner avec cette technique, alors que je ne sais pas encore de quelle manière je vais pouvoir l'aider. J'ai appris au cours de la formation que le patient puise dans son inconscient ce qu'il recherche pour répondre aux objectifs les plus pertinents pour lui. C'est pour cette raison que dans une même séance de rééducation, je dissocierai une phase pour chaque thérapie : celle qui utilise l'hypnose de manière formelle et l'autre qui appartient au champ des compétences de la masso-kinésithérapie.

J'entreprends donc d'aborder un travail hypnotique en parallèle au traitement masso-kinésithérapique. Je propose ainsi la pratique de l'hypnose médicale et clinique au sein même du cabinet, dans la demi-heure de rééducation (cadre conventionnel de l'Assurance Maladie), pour effectuer la rééducation de ce patient à la suite de ces opérations.

IV. RÉSULTATS ET DONNÉES CLINIQUES

1. Première séance :

Métaphore de la montgolfière.

Je reviens de formation et décide de mettre en application mes apprentissages au plus tôt pour ne pas perdre les informations reçues lors de ces trois jours. Les formateurs nous ont transmis leur goût de la prose et du truisme. Ils m'ont mise en confiance dans la réussite de la pratique. Leurs enseignements m'ont révélé les clefs d'une induction et d'un déroulé de séance basé sur la description sensorielle d'une situation à potentiel métaphorique.

Je décide donc de filmer les séances avec mes patients afin de m'auto-corriger, et par la même occasion, anticiper la prise de note pour le futur mémoire.

1.1 Installation

Pendant l'installation de Monsieur T., j'amorce un interrogatoire pour créer une alliance thérapeutique et chercher le but thérapeutique de la séance d'hypnose. Mais, finalement mon interrogatoire est guidé par mes intentions de résultats.

Après exposition de mes attentes concernant cette séance particulière, nous arrivons à l'objectif commun de la séance : plier au-delà de 65°. Et je m'enquière des sensations de son genou.

Le patient me répond : « ça me travaille, effectivement, car c'est le fait de la ré-opération. Il y a un blocage je pense, car on était bien parti, et puis, il y a eu cette cassure. Je fais un blocage par rapport à ça, peut-être que je focalise un peu trop sur le truc. Sinon, le genou ne me pose pas de soucis, il est enflé, mais c'est tout ».

Quelle est la sensation en fin de flexion ? « Ça bloque, tout simplement, et si je force, ça fait mal. Ce n'est pas une douleur forte, mais c'est le blocage qui me crispe certainement ».

Je reviens sur un discours expliquant le principe de la kinésiophobie. Le patient adhère. Et, je propose donc « d'essayer de lâcher ce frein ».

Comme dans certaines situations de soin que le patient connaît déjà, il est allongé sur la table. Je lui demande de trouver une position confortable, mais j'insiste sur la position qui, selon moi, va lui permettre d'aider à plier le genou. A savoir, les mollets posés sur un ballon de 45 cm de diamètre. Mon idée initiale est d'induire l'état hypnotique et de favoriser la flexion en faisant rouler le ballon. Celui-ci étant un intermédiaire qui m'évite de poser les mains directement sur le patient pour réaliser le geste. Car je reste dans la croyance que toucher le sujet provoque une sortie brutale de la transe.

1.2 Dérroulement de la séance :

Je propose l'induction par fixation visuelle d'un point quelconque dans la pièce. Puis, une focalisation de l'attention sur la respiration pour apporter, au fur et à mesure des mouvements respiratoires, une détente dans tout le corps.

« Et dans cet état de repos... paisible... je te propose un voyage... un voyage dans une Montgolfière... Où on commence à installer la montgolfière... c'est-à-dire par la nacelle... qui est posée... tranquillement... et au-dessus de cette nacelle... un ballon va être gonflé tout...doucement. Le ballon va prendre la forme ... la couleur que tu souhaites... Et gentiment, tout doucement... le ballon va prendre de la hauteur... va se gonfler... Tu peux voir la forme se déformer... le tissu s'étirer... Ce ballon qui s'élève tout doucement... jusqu'à mettre en tension les lignes, jusqu'à la nacelle... pour que tout l'ensemble s'élève dans les airs... Je ne sais pas s'il fait frais ou chaud... la sensation du vent n'est pas désagréable, au contraire... sensation très agréable... Et ce ballon va s'étirer vers le ciel... tranquillement... doucement... jusqu'à trouver le point où la nacelle va décoller... s'étirer vers le ciel. Jusqu'au point où... tout doucement... de la nacelle... va lâcher, vont se lâcher les amarres ...un à un... Pour laisser toute la liberté à cette montgolfière de s'élever... de trouver sa place dans le ciel... Une sensation de légèreté... Une sensation de simplicité ... va s'installer au niveau de cette montgolfière... qui tout doucement s'élève...Et il est si agréable de la voir s'élever, de prendre de la hauteur.... De lâcher du lest pour qu'elle s'élève... Et doucement... tranquillement...un petit peu d'air... Et il est agréable de voir ce ballon se diriger à son aise... là où il le souhaite... Et je te laisse prendre cette sensation... de liberté... de découvrir toutes les possibilités de légèreté... de liberté qui s'offre à toi... Et peut-être que quelque chose a déjà changé... Que cette expérience va pouvoir t'aider à te faire confiance dans tes choix... ».

Après cette suggestion post-hypnotique, j'invite au retour : « Je te propose maintenant... de respirer, de revenir dans cette pièce. De respirer amplement, de bouger les orteils, les doigts... Et de revenir ici et maintenant... dans cet espace, dans cette pièce... quand tu le souhaites, voilà, tout doucement... » Progressivement, je reprends une voix plus active, plus claire et me redresse sur le tabouret pour l'inviter à m'imiter. « ... à ton rythme... de reprendre une bonne inspiration, de bouger les orteils, les doigts, de s'étirer... avec ses sons, ses lumières, qui sont autour de nous... de revenir ici et maintenant... tu peux t'étirer, tu peux bouger... ». Monsieur T. commence à bouger les doigts après 2 minutes de suggestion de retour.

1.3 Débriefing et remarques :

Cette première séance a duré 12 minutes environ. Entre la discussion, l'installation et la transe, je découvre qu'il est possible de réaliser une séance de ce type dans la demi-heure de soin.

Après le retour, Monsieur T. donne la perception sur ce qu'il vient de vivre : « Je ne me suis pas senti partir, j'écoutais ce que tu me disais. J'essayais de me mettre dans une situation. Mais j'avais du mal, j'entendais les bruits extérieurs. Je n'ai pas eu le sentiment d'avoir été hypnotisé ». Le patient se pose des questions sur sa suggestibilité, mais il reste curieux. Malgré cela, il s'est senti détendu physiquement, « avec des petits picotis, à un moment donné, dans le genou, peut-être à cause du sang qui redescend ». Et je m'empresse de trouver une raison rationnelle qui serait probablement dû à l'installation en porte-à-faux du genou.

Je veux débattre avec Monsieur T. de mes erreurs, tout en constatant que c'est une auto-critique à réaliser à posteriori, afin de ne pas compromettre les effets de la séance.

N'ayant pas observé l'effet 'magique' souhaité comme réponse à cette métaphore, afin de répondre aux objectifs du traitement, nous avons entrepris une rééducation de type masso-kinésithérapique à la suite de la séance d'hypnose.

Dans les semaines suivantes, le genou réagit favorablement à la progression des exercices et l'inflammation s'estompe permettant une flexion allant jusqu'à 87°. Assez rapidement, le léger flessum diminue et libère également l'articulation. Il n'y a pas eu de 'miracle' réalisé sur une séance, mais la progression est déjà favorable par rapport aux obstacles que je rencontrais depuis trois semaines.

Quelques jours après, Monsieur T., m'explique ne pas avoir compris le rapport avec la montgolfière. Je définis cette séance comme un essai pour pratiquer les acquis de la formation d'une part, et je compare les liens qui solidarisent le ballon, la nacelle et le sol à des structures permettant de soutenir l'articulation du genou, d'autre part. Libérer les tissus permettant de mobiliser l'articulation dans tous ses degrés de liberté.

Cette mise en pratique m'a permis d'appréhender mes facultés d'expression, sans support écrit. Avec une trame définie : installation de l'induction, appréciation de l'état de transe et proposition d'une métaphore, ainsi que l'ajustement du retour. Il aurait été intéressant de développer davantage les perceptions sensorielles, auditives et olfactives, pour proposer d'autres sensations à ce voyage.

1. Deuxième séance :

Catalepsie du membre inférieur.

Lors de la formation reçue en décembre, nous avons appris plusieurs techniques d'induction, dont la catalepsie. L'objectif de cette technique me permet de créer une dissociation au niveau d'un segment afin d'orienter l'attention sur de nouvelles perceptions. Je m'entraîne donc sur Monsieur T. pour proposer ce phénomène hypnotique et commencer un travail d'hypnoanalgésie.

2.1 Installation :

« Cette fois-ci, je vais te proposer une forme d'hypnose... je ne te dis pas laquelle pour ne pas t'influencer ». « J'aurais besoin que tu me confies ta jambe ».

« Est-ce que tu es bien installé ? Est-ce que tu es assez incliné ? Est-ce que ton corps repose comme tu veux sur la table ? ». Et, je veille également à m'installer à côté de la table réglée à une hauteur satisfaisante pour supporter le poids du membre inférieur pendant un laps de temps nécessaire à provoquer une catalepsie.

Je pose cette première série de questions souhaitant recevoir l'approbation, en vue de valider le Yes Set. Cette séquence d'acceptation n'est pas visible dans cet exemple. Je ne fais pas état des évidences que le patient pourrait également ressentir. Il aurait été plus juste de dire : « et maintenant que tu es bien installé sur cette table, que tu as pris le temps de vérifier le contact avec la surface lorsque ton corps y est reposé, tu entends le son de ma voix et tu observes également que la table s'élève... ». L'enchaînement de propositions irréfutables amène le sujet à être confiant dans les propositions énoncées, et naturellement, il acceptera la prochaine suggestion.

D'autre part, je reprends mes interrogations au sujet de la position, car il me reste le vécu de la première séance où j'avais imposé une position qui n'était pas confortable : « Là, tu es bien détendu ? Tu es bien reposé ? »

Monsieur T : « Bien reposé, oui. Mais la jambe, pas forcément, pas encore bien détendue, mais ça va peut-être aller. »

Avec le consentement du patient, je place une main sous le genou et avec l'autre je suspends la cheville avec le pouce et l'index, dans une position où la hanche et le genou atteignent chacun environ 80 degrés. Après avoir constaté le relâchement dans le membre inférieur, j'entreprends l'induction hypnotique.

2.2 Déroulement de la séance : (transcription de la séance relatée en annexe 7)

La position n'est pas la plus confortable pour le patient. D'autre part, je rencontre des difficultés à focaliser son attention. Je m'applique à réaliser cet exercice avec les indications apprises dans la situation de la formation, alors que celle-ci avait été réalisée avec le bras. Au lieu de partir des perceptions présentes dans le membre inférieur (prendre le patient où il est), je recherche une focalisation visuelle. Finalement, j'associe les sons pour étendre le champ des perceptions. Comme une spirale sensorielle (visuelle, auditive, kinesthésique) que je resserre sur les perceptions de la jambe.

Je ne ressens pas de fixation franche du membre inférieur dans la position donnée, alors j'insiste sur les suggestions de sensations de membre détendu et posé sur un élément fictif du décor. Lorsque je tente de retirer les mains qui soutiennent la jambe, tout le membre inférieur s'abaisse à partir de la hanche, tout en maintenant la flexion du genou à environ 60°. Je décide donc de réinstaller le segment jambier en position initiale afin de trouver également un verrouillage de la hanche.

J'accentue mes suggestions sur les perceptions du membre inférieur droit, et les compare aux sensations qui circulent dans le gauche. Au bout de six minutes, je me résous à accompagner doucement le segment jambier jusqu'à la table. Je constate que la hanche s'est étendue, mais le genou reste plié. Le membre inférieur présente une rigidité. Il repose sur le talon, en équilibre, le genou dressé vers le plafond. Cette catalepsie observée valide le phénomène hypnotique recherché.

A ce stade de la séance, j'espère, par la catalepsie du segment, entraîner une hypnoalgésie favorable à la flexion de l'articulation sans déclencher de réactions (involontaires) de défense par le patient. Je soumetts donc l'idée que le genou est suffisamment confortable pour accepter une flexion agréable de l'articulation. Je reprends le membre inférieur et l'accompagne dans la flexion de genou. Par prudence, j'évite de plier jusqu'à la sensation de blocage, et suggère que le mouvement est possible par la seule volonté du patient : il peut profiter de mon aide pour accentuer la flexion. Constatant que le patient n'ébauche aucun mouvement, à partir de cette position, je retourne en extension et suggère qu'il est aussi nécessaire de savoir détendre les tensions. Puis, je tente à nouveau d'entraîner une flexion du genou de la part du patient, sans résultat. Alors, mon discours s'oriente sur la notion de détente des tissus, de la libération des éléments périarticulaires. Le membre reste fixe, immobile. J'attends que le patient le repose de lui-même.

Et enfin, au bout de quelques minutes, la jambe s'allonge et le patient sort de sa transe hypnotique au moment où le talon prend contact avec la table.

2.3. Remarques

J'ai programmé cette séance à la suite de la formation. D'une part, pour m'entraîner, mais également, pour répondre aux besoins de Monsieur T. Je rappelle que la priorité de la rééducation est de retrouver des amplitudes articulaires satisfaisantes, sans douleur ni réaction inflammatoire. Or, je ne sais pas exactement ce que je vais provoquer. En hypnose, l'inconscient cherchera dans mes propos, une solution adaptée à la problématique du patient. Contrairement à la première séance, je ne lui annonce pas mes objectifs. J'émetts l'hypothèse que l'état hypnotique puisse provoquer le mouvement par absence de kinésiophobie, j'expérimente et je constate les résultats.

Au fur et à mesure de la séance, je m'aperçois des erreurs de langage : « essayer », « ta jambe », mes bégayements. Mes défauts à l'expression orale révèlent mon manque d'expérience dans la communication hypnotique. La vidéo démontre que l'objectif est moyennement atteint. L'exercice est perturbé par un souci de 'bien-faire' devant la caméra. Ce qui se reproduira finalement à chaque enregistrement.

Lors de la mobilisation du genou, je n'ose pas emmener l'articulation dans les amplitudes maximales car je n'ai pas de retour du patient sur l'appréciation des sensations : ni au niveau verbal, ni au niveau para-verbal et non-verbal (froncement des sourcils, grimace, agitation, ...). Ces éléments sont essentiels pour déceler une action trop nociceptive, ou lorsqu'il y a un risque de créer une lésion. Cela est déconcertant. Je crains de faire mal, et de mal faire. Monsieur T. se trouve alors dans un état de transe où il ne parle pas et ses traits du visage sont relâchés. Difficile pour moi d'appréhender le degré de mobilité maximale. Et, enfermée dans mes doutes, je n'ose pas lui demander pour éviter une réponse consciente. Pourtant, je comprendrai avec l'expérience, que cela n'affecte pas l'état dans lequel le patient se situe. De plus, l'échange a l'avantage d'adapter la communication et améliore la qualité du soin. Je pourrais simplement demander une ratification par un geste ou verbalement.

Lors du débriefing, Monsieur T. m'explique avoir ressenti des tensions dans la hanche. Cela explique la difficulté de maintenir le membre inférieur en élévation. Pourtant, il a pu constater pendant l'expérience que malgré ces tensions dans la hanche, il n'avait pas ressenti de douleur. D'autant plus qu'il avait de la peine à se représenter le membre dans l'espace. Raison pour laquelle il n'arrivait pas à plier de lui-même le genou.

Après treize minutes consacrées à cette séance, nous poursuivons la rééducation sur le plateau technique. Les jours suivants verront une progression vers la flexion pour atteindre 99° en mobilisation passive sans déclencher de douleur.

2. Troisième séance :

Mobilisation passive du genou en état d'hypnose.

3.1 Installation :

Afin d'améliorer ma prise en charge, je me suis inspirée de la littérature en rapport à l'hypnose médicale et clinique. À la suite d'une lecture d'un mémoire pour l'obtention de ce DIU, je propose à Monsieur T. une séance où j'effectue une mobilisation de son genou pendant l'analgésie induite par l'état hypnotique. Je lui demande donc de s'asseoir au bord de la table de massage, les jambes pendantes en dehors. Je m'assieds sur un tabouret à côté de son genou droit. C'est ainsi que je peux sans effort, exercer une pression sur le tibia droit vers l'arrière afin d'accentuer la flexion.

3.2 Déroulement de la séance :

Je n'ai pas prévu la séance à l'avance (d'ailleurs celle-ci ne sera pas enregistrée) et je propose de but en blanc une induction en se concentrant sur le pied gauche. Je sens la surprise dans l'attitude de mon patient, qui pourtant se laisse guider par ma voix et son corps progressivement se détend. Je peux observer l'abaissement des épaules, la respiration devient ample, les traits du visage s'effacent.

Je cale mes phrases sur le temps expiratoire et j'entame une succession de suggestions basées sur le relâchement musculaire, des tissus, ainsi que sur la position confortable, agréable, détendue.

Pendant que je répète ces mots par saupoudrage, j'exerce une pression linéaire sur la jambe. Je reste attentive à tout comportement révélateur d'un inconfort. Ce qui traduirait un geste trop contraignant pour l'articulation du genou.

Malgré les doutes que j'efface peu à peu (car je suis entrée également dans 'cette bulle de confort') je continue la mobilisation jusqu'à rencontrer un frein à la flexion. Celui-ci correspond au moment où l'articulation arrive à un blocage mécanique. Les éléments périarticulaires arrivent en bout d'extensibilité. C'est alors que la cuisse bascule sur le petit coussin qui permettait de libérer le genou dans toute son amplitude, et le segment jambier rentre en contact avec le montant de la table. Ce double blocage annonce la fin de la mobilisation. Je procède au retour.

3.3 Remarques

Cette séance aura été un peu plus longue que d'habitude, mais ne dépasse pas la durée programmée. Je ressens une nette amélioration dans ma façon d'induire l'état hypnotique. La pratique avec d'autres patients, sur d'autres pathologies, m'a rassurée. En outre, j'ai effectué des recherches dans la littérature pour compléter les enseignements de l'université.

Je comprends ainsi ce que je recherche par cette technique. Dans le cas de Monsieur T., l'hypnose apporte un relâchement des tissus et une détente des muscles lisses, ainsi qu'une perturbation des sensations nociceptives dans le sens d'une analgésie. Aussi, facteur déterminant, l'anxiété liée à la douleur induite par la mobilisation, est levée en transe hypnotique.

J'ai réellement senti un laisser-aller lors de la séance. C'est la butée en fin de flexion qui m'a ramené à la réalité car j'étais focalisée sur le rythme respiratoire de mon patient. J'imagine que je suivais le même cycle que lui. Sur ce sujet, Isabelle Célestin-Lhopiteau écrit « *L'hypnopraticien va se mettre lui-même en état d'autohypnose pendant une séance avec le patient. L'autohypnose est une pratique orientant également le praticien vers ses ressources. En effet, nous avons vu que le praticien doit arriver au même point que le patient hypnotisé, c'est-à-dire dans cette ouverture qui lui fait ressentir la technique qui facilitera le changement chez le patient.* » (Bioy et Célestin-Lhopiteau, 2014) (13)

Le patient ne ressent ni douleur, ni inconfort. Le genou est mesuré à 109 degrés. Nous notions 99 degrés en début de séance. Récupérer 10 degrés de flexion en 30 minutes relève du 'miracle' à ce stade de la récupération.

Il gardera cette amplitude grâce à l'auto-rééducation suivie à domicile. Monsieur T. m'explique que les différents mouvements effectués chez lui ou en rééducation, sans l'apport de l'hypnose, génèrent des tensions dans le genou. En état hypnotique, l'analgésie lui permet d'aller plus loin, sans appréhension de la douleur. Il conçoit réellement l'efficacité du traitement.

En réponse à cette remarque, je m'aperçois que je ne lui ai pas proposé de reproduire les séances en autohypnose. Il aurait été intéressant pour lui de recréer ce confort pour progresser en autonomie.

3. Quatrième séance :

Mobilisation passive du genou en hypnoanalgésie (chaussette magique !).

4.1 Première installation :

Le patient est allongé sur la table. La mesure goniométrique relève 110° de flexion sans échauffement de l'articulation. Je veille à son confort et m'enquière des questionnements sur les séances antérieures et des attentes sur celle que nous sommes en train de préparer. Monsieur T ne souhaite pas faire de commentaire sur les séances précédentes. Il espère être encore plus détendu et que le genou plie mieux. Je perçois qu'il se projette déjà dans la séance en hypnose. Donc, je lui expose le déroulement de ce que j'ai prévu pour continuer le traitement. Lors de la dernière mobilisation, nous étions gênés par le piétement de la table et je souhaite palier à cette difficulté en mobilisant le genou en décubitus dorsal, le pied droit posé sur mon épaule (je m'assiérai sur la table) pour amener le genou en flexion par déport de mon poids vers l'avant. Cette position est assez confortable autant pour le sujet que pour moi. Avant de commencer l'induction, je lui rappelle qu'il manque quelques degrés de flexion pour que le genou ait une fonctionnalité satisfaisante, et c'est ce que nous allons rechercher maintenant.

4.2 Déroulement de la séance (transcription de la séance en annexe 8)

Alors que j'ai déjà constaté que Monsieur T. n'était pas réceptif à la focalisation visuelle, je persiste dans cette méthode d'induction. Le sujet fait un commentaire sur un abat-jour, et je me rends compte de cette difficulté à focaliser son attention. Et, comme ses remarques se portent sur l'effet 'flou' de cet élément, j'enchaîne sur la découverte des détails de cet abat-jour. Pour lui montrer l'exemple, je fixe également un point et commence les propositions d'observation des modalités : couleur, nuances, texture, distance...

Je détourne rapidement l'attention sur les sensations ressenties lors de la respiration et puis me concentre sur celles de ses pieds. J'utilise la notion de pesanteur des talons reposés sur la table pour inciter à une focalisation kinesthésique de relâchement. J'aborde d'autres perceptions kinesthésiques comme la température de la pièce et le contact des vêtements sur le corps. Autant d'éléments qui permettent l'absorption de l'attention pour amener le sujet vers la dissociation.

Pourtant, même si le sujet m'écoute, je suis consciente qu'il ne se produit pas de dissociation. Je n'observe pas de signes de transe. Je profite de cet état pour poser mes mains sur le segment jambier, sans le soulever. Ceci pour familiariser le sujet au contact et induire davantage l'état hypnotique. Je

continue sur le registre kinesthésique en remontant les sensations de relâchement et de détente dans le corps. Pour arriver à l'état hypnotique, j'entreprends désespérément l'énumération jusqu'à la tête.

Intérieurement, je m'interroge sur la pertinence de la séance. J'insiste car je viens de valider le sujet de mémoire et j'espère réaliser la séance idéale pour récupérer les derniers degrés de flexion. En effet, le patient désire reprendre son emploi car il se sent dans les dispositions satisfaisantes pour cela. La rééducation réalisée depuis trois mois a été bénéfique sur presque tous les plans. Et comme, je le redoutais, seule la flexion n'atteint pas le résultat maximum (140° dans les meilleurs cas de pose de prothèse unicompartimentale de genou (cf. Annexe 2).

Malgré tout, je retiens son attention sur les sensations de la jambe. En même temps, je soulève le membre inférieur pour l'installer comme prévu, en triple flexion, le pied posé sur mon épaule. Je sens que le patient m'aide. J'insiste sur la respiration pour provoquer un relâchement. Comme je sens enfin que les muscles de la jambe semblent détendus, je m'installe sur la table et je décris ce que je fais.

Pour continuer la progression de mon apprentissage, j'avais prévu d'utiliser l'hypnoanalgésie par le 'gant magique'. Au dernier moment, il me semble délicat de revenir sur l'attention de la main, alors que je constate une meilleure dissociation lorsque j'évoque directement le membre inférieur droit. Je choisis donc d'installer une 'chaussette magique'. Décision logique au moment de l'énonciation, qui va devenir beaucoup moins pertinente à la mise en place.

Je propose au patient de choisir une chaussette de protection et d'en définir les modalités : couleur, texture, densité, etc. Ensuite, je l'invite à la passer au pied droit, puis de la faire remonter jusqu'à la cuisse. J'accompagne mes mots par un glissement de ma main afin de l'aider à se représenter l'installation de cette protection le long de la jambe jusqu'à mi-cuisse, dans le but d'englober le genou.

J'enchaîne avec la mobilisation du genou en flexion. J'arrive rapidement au blocage de l'articulation à 110°. Je maintiens la pression tout en suggérant la détente des tissus périarticulaires. La respiration du patient est de plus en plus bruyante, je m'interroge sur les suggestions : pertinence de la 'chaussette' magique, le ton de la voix, le rythme, etc. Ou peut-être cette augmentation du rythme respiratoire serait la réponse à l'amplification des douleurs due à la mobilisation. J'insiste sur les sensations de confort et de détente. Mais, je m'aperçois que le patient est en état de conscience normale et lui demande s'il ressent des douleurs. Celui-ci m'explique que ce n'est pas la douleur qui gêne la flexion, mais qu'il sent que « ça n'ira pas plus loin ».

4.3. Débriefing et remarques

Monsieur T. m'avoue ne pas avoir adhéré au concept de la 'chaussette magique'. Pourtant, tout au long de la mobilisation, il n'arrive pas à situer le genou dans sa progression. Il pense avoir plier le genou davantage, mais la mesure goniométrique reste de 110°.

Lorsque j'allonge le genou, il ressent des tensions. Je le questionne sur cette sensation car le genou est resté plusieurs minutes en position pliée et l'étirement rapide en extension crée un engourdissement désagréable. Cela révèle l'absence d'hypnoalgésie.

Lors de cette séance, j'ai focalisé mon attention, et donc celle du patient, sur la partie douloureuse. En hypnose, le thérapeute propose des suggestions ou des métaphores afin de vivre une autre expérience sensorielle. Cela peut passer par une délocalisation des ressentis et le 'gant magique' en est une belle application.

Ainsi, Nathalie Jammot explique clairement ce 'pas de côté' : « *Mais, c'est aussi faire focaliser le patient sur une autre partie de son corps, une partie plus tranquille. Une invitation à sentir autrement, autre chose, comme il peut être proposé avec le 'gant magique' ou encore en développant une sensation de main chaude et protectrice ou toute autre sensation qui pourra apporter de l'apaisement aux parties douloureuses du corps.* » (Bioy et Célestin-Lhopiteau, 2014) (8)

Monsieur T. est une personne complaisante. Gentiment, il me dit qu'il pensait s'endormir. Comme je suis déçue de cette prestation, je me réconforte alors en imaginant que la séance n'a pas été trop déplaisante pour lui. Pourtant, ne m'avouant pas vaincue, décidée à lui apporter une meilleure expérience, je m'obstine dans cette séance. Je propose une autre installation.

4. Quatrième séance :

Mobilisation passive du genou en hypnoanalgésie (lévitation de la jambe... en arrière !)

5.1 Deuxième installation :

Je décide donc de changer de position et Monsieur T. s'installe assis en bord de table, position qui avait été bénéfique quinze jours auparavant. J'espère retrouver la mémoire de ce vécu, d'autant plus que cette table libère mieux l'espace dessous. Je présente ces constats à Monsieur T. et lui propose de reprendre la flexion en état d'hypnose. Le patient n'est pas motivé mais j'insiste. Par lassitude ou compréhension sur mes impératifs familiaux, il me rappelle l'heure et je m'aperçois que je vais être en retard pour récupérer ma fille à l'école. A la relecture de l'enregistrement de la séance, j'observe que je ne suis pas réceptive à ces remarques : je lui coupe la parole, j'écoute des messages vocaux reçus alors que j'étais en soin (mode vibration dans ma poche de blouse). Mon attitude démontre ma frustration à ne pas avoir répondu aux attentes du patient dans le temps de la séance. Dans ma pratique, même si je n'ai pas d'obligation de résultats, j'ai toutefois l'obligation de moyens. J'estime que je dois proposer des soins qui améliorent l'état du patient. Les patients viennent de loin et parce que j'ai proposé ce type de traitement, je me dois d'être efficace, quitte à me mettre en retard. Sûrement à tort, car je me place dans un état d'esprit propice à l'échec dans l'application de l'approche hypnotique à l'intérieur de ce soin. Notion supplémentaire à cette obstination : la séance est enregistrée pour répondre aux besoins du mémoire de validation du diplôme inter-universitaire !

5.2 Déroulement de la séance (transcription de la séance en annexe 9)

Je retiens l'enseignement de la première expérience et débute mon induction par des indications kinesthésiques sur les sensations présentes à l'extérieur, puis à l'intérieur de la jambe. La dissociation est plus rapide et je peux installer une lévitation de la jambe.

L'image évoquée est celle de ballons d'hélium accrochés au pied pour déclencher l'ascension du segment jambier. Au bout de quelques minutes, constatant le phénomène hypnotique, je suis rassurée sur l'approche. Confiante alors dans ma pratique, je décide de faire revenir le segment jambier pour l'entraîner dans... le sens opposé.

L'objectif de la séance est de plier le genou et non pas de l'étendre. Donc, j'installe de façon forcenée des ballons d'hélium accrochés au ... talon. Comme l'image est difficilement envisageable, j'invoque la partie créative pour m'aider dans l'accompagnement du geste. Je suis moi-même déconcertée par cette suggestion et j'entends le patient reprendre de puissante expiration.

La vidéo s'arrête au bout de 30 minutes d'enregistrement. Il me reste le souvenir, à l'instar de la première installation, que le patient revient à un état de conscience normal sans nécessité de réaliser un retour hypnotique, ni une réassociation. Le genou n'aura pas progressé d'un degré.

Dans le but d'éteindre l'enregistrement vidéo, j'appuie sur le bouton de la caméra. Et c'est un nouvel enregistrement qui débute. Celui-ci est tout aussi intéressant car le patient s'exprime sur le vécu de la séance et m'apporte des conseils :

« Il faudrait peut-être aller un peu plus vite dans le machin, parce que peut-être qu'à un moment je me crispe, je me bloque le fait d'aller doucement. Je te dis ça comme ça, parce que je n'arrive pas à me situer, à savoir où j'en suis et pis sur la fin je commençais à ressentir peut-être... enfin... pas de... un peu de douleur mais peut-être par crispation... mais si on y va peut-être plus vite... » « Les deux premières fois, je n'ai pas ressenti de douleurs en allant au maximum. Alors que là, j'ai commencé à ressentir que ça faisait mal ... enfin ce n'est pas que j'avais mal, je sentais que j'en avais marre du truc, enfin je ne sais pas, il y avait quelque chose qui s'est fait... j'ai senti quelque chose dans le genou après. » « C'est pas franchement une douleur non plus. C'est pas pareil. C'est pas comme quand je force, quand je sens que je suis au bout, mais... je ne sais pas comment exprimer cela... il y a comme une gêne ».

5.3 Remarques

Lors de cette séance, je remets en question mon attitude. La pratique de l'hypnose nécessite une attention à ce que l'on fait. Cette présence à l'autre, mais aussi à soi, pour se synchroniser dans l'échange. Il ne s'agit pas seulement de vouloir faire au mieux. Je n'étais pas dans l'écoute.

Je m'aperçois également que l'enregistrement vidéo me rajoute une pression. Ces difficultés sont mises en évidence par mon attitude corporelle. Je ne suis pas à l'aise avec l'exercice. Pourtant consciente que cet outil m'aide à l'élaboration du mémoire, il gêne ma pratique. Je recherche la performance. D'autant plus que j'ai des objectifs pour le patient qu'il ne partage peut-être même pas.

En 2018, Isabelle Célestin-Lhopiteau résume l'utilisation de l'hypnose sous ces termes : « *L'hypnose n'est pas une juxtaposition de techniques mais un art de la communication, qui invite à intégrer les difficultés du patient par l'activation des forces et ressources de celui-ci (alors que de nombreuses thérapies se concentrent sur les problèmes du patient et négligent ses forces [Gassman et Grawe, 2006]). Cette posture particulière de soin constitue un modèle intégratif très intéressant pour d'autres pratiques complémentaires* » (Bioy et Célestin-Lhopiteau, 2011) (14)

V. DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE

Rappel de la problématique :

Mon questionnement se porte donc sur la façon dont l'hypnose peut accompagner mes actes kinésithérapiques dans mon cabinet libéral. Pour répondre à cette interrogation, j'ai choisi d'observer comment je peux l'intégrer pour accompagner un patient dans sa rééducation d'une prothèse unicompartimentale après infection post-opératoire.

Dans cette analyse, je réponds premièrement à un questionnement général autour de la pratique de l'hypnose médicale et clinique appliquée à ma pratique de la masso-kinésithérapie libérale. Depuis mon inscription et tout au long de l'enseignement je me suis demandé comment intégrer l'hypnose dans les soins apportés à ma patientèle. Quelle est ma posture par rapport à la loi ? Par rapport à mes patients ? Comment mettre en pratique l'hypnose au cabinet de masso-kinésithérapie ?

Ensuite, l'élaboration de ce mémoire permet d'éprouver mes acquis et d'approfondir la théorie pour répondre à mes interrogations relatives à l'application de l'hypnose sur la rééducation orthopédique. Notamment sur l'amélioration de mes prises en charge ? D'autant plus qu'avant l'accompagnement, j'ai déjà des anticipations négatives sur la rééducation à cause de mes expériences précédentes sur ce type de traitement.

Enfin, dans une discussion éthique, j'aborderai les limites de cette approche et mes doutes dans certaines situations de soins accompagnées de l'hypnose.

1. Comment intégrer l'hypnose à mon activité de masseur-kinésithérapeute en libéral ?

1.1. Quelle est ma posture par rapport à la loi ? Par rapport à mes patients ?

Tout d'abord, la charte signée en début de formation pose les bases de l'hypnose médicale et clinique. Les textes la distinguent de l'hypnothérapie, dont la formation initiale est réservée aux psychologues. Dans mon activité, bien souvent, le facteur psychologique est abordé avec certains patients. Je me sentais mal à l'aise pour leur venir en aide, évitant parfois le sujet au risque de paraître indifférente. Dans ce rôle, je ne me reconnaissais pas. Car, l'écoute et l'empathie font partie du soutien apporté dans l'acte de soin. Ce sentiment est conforté par la citation de Bioy et al (2010) : « *Dans une pratique somatique, [les mouvements affectifs] ne seront que peu analysés tant qu'ils ne débordent pas, et inclus dans l'expression générale de « nécessité d'une relation de confiance »* » (4). Aujourd'hui, étant mieux préparée à discriminer les états émotionnels, je peux plus facilement orienter ces patients vers des soins en psychologie grâce à une communication thérapeutique adaptée. Je reviens donc dans mon

champ de compétences tout en gardant le lien avec le patient, pour lui prodiguer des soins de masso-kinésithérapies ciblés, accompagnés ou non par l'Hypnose.

D'autre part, j'exerce en milieu rural depuis plus de quinze ans. Les personnes se dirigent vers mon cabinet pour de la rééducation sous couvert d'une prescription médicale. Au fil des années, une relation de confiance s'est instaurée avec la patientèle. Parfois, je réalise des actes isolés sur des individus que je ne revois pas. Pour d'autres, j'ai connu toutes les péripéties de leur vie ou celles de leur entourage. Alors, j'étais curieuse de découvrir la réaction suscitée par l'annonce de ma formation. Aussi, j'ai affiché dans la salle d'attente la note suivante : 'Pour améliorer la qualité des soins, votre kiné réalise régulièrement des formations : DIU HYPNOSE MEDICALE ET CLINIQUE à l'Université de Bourgogne-Franche-Comté'. Cette présentation permet également de justifier mes jours d'absence en raison de la formation en présentiel. Par ailleurs, dans cette démarche d'apprentissage, je peux critiquer ma pratique de l'hypnose. Le statut d'étudiante m'a permis de m'enrichir sans craindre les reproches de mes patients dans mes approximations. Contre toute attente, ces doutes sont injustifiés car j'ai reçu des retours positifs de la part de ma patientèle. D'une part, la médiatisation de l'utilisation de l'hypnose en médecine valorise ma démarche et relègue l'hypnose de spectacle à une conception presque désuète. D'autre part, je propose une hypnose conversationnelle ou formelle associée à une interaction, ce qui rassure le public. Cette aide thérapeutique s'insère parfaitement dans le déroulement d'une séance en cabinet libéral. Les patients sont confortables pendant le vécu et quelques temps après la séance. Ces exercices m'ont rassuré sur la pratique et la plupart de mes patients qui en ont bénéficié, en sont demandeurs.

1.2 Comment mettre en pratique l'hypnose dans mes séances ?

1.2.1 Relation et alliance thérapeutique

Dans la démarche de soin, par la simple prise de rendez-vous, le sujet fait le premier pas dans la direction de son traitement. Il se met ou se remet en mouvement. Il donne déjà son consentement à recevoir des propositions de soins. Puis, vient le premier entretien durant lequel les échanges définissent un accord entre le soignant et le soigné. Les objectifs communs sont élaborés pour progresser vers un soulagement, voire une guérison.

Cette relation thérapeutique, je la perfectionne avec ce que j'ai appris au cours de mes vingt ans d'expérience professionnelle. Pour approfondir la prise en charge, il est aujourd'hui demandé que la pratique s'appuie sur les études scientifiques, sur les préférences et les valeurs du patient, ainsi que sur les acquis de l'expérience (Evidence-Based Practice). Pour établir une démarche de soin, le masseur-

kinésithérapeute oriente ses objectifs thérapeutiques à l'issu d'un entretien. L'interrogatoire, s'appuyant sur des preuves et des données probantes, « *a même montré une réelle efficacité lorsqu'il s'agit de soins physiques, de gestes techniques ou de prescriptions* » (Bioy et Servillat, 2017) (15). Mais, il faut faire attention, car dans cet entretien dirigé, les informations obtenues peuvent être orientées pour répondre aux objectifs du thérapeute. Dans la communication hypnotique, la position « basse » du thérapeute redonne la priorité aux attentes du patient. Isabelle Prévot-Stimec écrit : « *En effet, ce type de positionnement permet un respect du point de vue et des besoins du patient (notamment son besoin d'autonomie) vis-à-vis de sa propre problématique.* » (Bioy et Servillat, 2017) (16).

C'est dans cette rencontre que l'alliance thérapeutique se crée. Le patient et le thérapeute sont deux individus avec leur propre personnalité. Nathalie Jammot précise que : « *Dès la rencontre avec le patient, l'hypnopraticien va créer, déjà par sa présence, le cadre relationnel. Il se situe dans l'ici et maintenant, à l'écoute du patient, prêt à accueillir et reconnaître son état émotionnel, premier pas vers cette sorte 'd'accordage émotionnel'.* » (8). Donc, pour mieux le connaître et comprendre pourquoi le patient est venu consulter, j'effectue un bilan. Cette démarche rend compte de mon professionnalisme. Cette étape rassure le patient sur l'implication du soignant. Et la discussion qui en découle autour permet de s'accorder, de se synchroniser. Pour ma part, je ne maîtrise pas la communication hypnotique. Néanmoins, je constate que je m'adapte intuitivement à la situation du patient. Cet ajustement se fait par rapport à son niveau social, son âge, son sexe, etc. De ce constat, je me rallie à la citation suivante : « *L'utilisation de l'hypnose pour un examen médical commence dès la rencontre avec le patient et se poursuit pendant l'accompagnement de l'examen, se montrant efficace pour diminuer anxiété et douleur.* » (8).

1.2.2 Communication hypnotique

Dans la situation présentée dans ce mémoire, Monsieur T. connaît mon implication dans la prise en charge des patients. C'est en toute confiance qu'il m'interroge sur les suites opératoires, ces doutes sur l'intervention et son futur retour à l'autonomie. En toute honnêteté, je lui dois de répondre à ces questionnements légitimes. Et la communication passe autrement que par le langage verbal. Derrière le masque imposé par les conditions sanitaires, je cache de moitié mes expressions faciales. Ma présence, mon comportement et mes réponses sont là pour mettre toutes les chances du côté du patient. Je dois être convaincue de ce que je lui dis. Je dois aussi me faire confiance, alors que je m'initie à l'hypnose.

Concrètement, j'aborderais par exemple la communication thérapeutique sur un ton enthousiaste de cette manière : « *L'articulation du genou a été réparée. Tout ce qui gênait a été remplacé... Le corps*

est une machine extraordinaire... Il va s'adapter à ce nouveau genou... Pour retrouver la force et la mobilité... Le genou est capable de ... plieer, de ... marcheer, ... de refaire toutes les activités qu'il avait plaisir à faire ... et peut-être même celles encore à découvrir... ». Je lui propose d'ouvrir le 'champ des possibles' par l'accompagnement hypnotique.

Dans ma pratique professionnelle, je ne réalise pas que des soins manuels. Afin de répondre à des objectifs d'autonomisation ou de prévention, j'anime ce qu'on pourrait appeler des ateliers d'éducation thérapeutique. Je propose un enseignement basé sur le questionnement du patient. Ainsi, sa participation intellectuelle l'implique déjà dans la démarche de soin. Puis, je l'invite à mettre en pratique les explications ainsi présentées, de ressentir ce que les exercices produisent dans son corps. Enfin, je programme des exercices à reproduire en dehors des séances, que je note sur du papier à entête professionnel, avec les mots employés par le patient. A chaque rendez-vous, nous faisons le point sur la pertinence des exercices ou sur les questions ou difficultés éventuellement rencontrées. Je peux également associer les deux approches : manuelle et intellectuelle.

C'est ainsi, lors des séances de rééducation, que je me suis surprise à réaliser des actes accompagnés d'une communication de type hypnotique. Au décours d'un soin, ma voix change, ralentit ou accélère en fonction de l'impact souhaité, et mes indications sont plus orientées sur les perceptions sensorielles. Pour atteindre un objectif thérapeutique, cette application se réalise bien souvent en hypnose conversationnelle. Dans l'ouvrage *Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose*, Bernadette Audrain-Servillat et Thierry Servillat écrivent : « *L'hypnose conversationnelle, qui repose sur l'utilisation de procédés hypnotiques au fil de la conversation, sans mettre en œuvre le cérémonial de la « transe formelle » et souvent sans que le thérapeute précise au patient qu'il utilise ces procédés (hypnose non ratifiée), est un excellent moyen pour atteindre cet objectif.* » (Bioy et Servillat, 2017) (17).

Notamment, ma posture de kinésithérapeute est commode pour proposer un état de relaxation. J'utilise les entrées kinesthésiques pour induire l'état hypnotique. Éric Gibert précise cela : « *Notre expérience en situation montre que six patients sur dix sont prêts à accepter une « proposition de relaxation », lorsqu'il s'agit d'un geste interventionnel rapide à effectuer et qui ne nécessite pas d'utiliser le mot hypnose. Pour les quatre autres patients, l'état de relâchement sera suffisant pour que le malade ne s'en rende pas vraiment compte mais lui permettra d'accepter un geste que dans d'autres circonstances il n'aurait pas toléré, voire péniblement ou après beaucoup d'efforts et de persuasion qui renforcent généralement ses peurs.* » (9) Parfois, j'associe le toucher pour accompagner.

D'une manière un peu plus formelle, par exemple, j'utilise davantage la respiration pour retrouver les sensations intérieures. Pour cela, j'oriente le souffle dans toutes les cellules du corps. J'explique le lien avec la circulation sanguine et la nécessité de ce phénomène naturel, rassurant, ainsi que l'impact sur le bon fonctionnement de toutes les parties les plus élémentaires du corps. Premièrement, j'encourage à ressentir tout le corps, jusqu'aux plus infimes parties (les zones indolores) et progressivement, je suggère d'apporter ce 'souffle' (présupposé rassurant, naturel et réparateur) dans les zones qui en ont besoin.

D'un autre point de vue, l'appréhension du patient est influencée par l'attitude du thérapeute et son discours. La communication est un élément prépondérant dans la relation thérapeutique. Je n'avais pas envisagé que chaque mot serait interprété avec autant de poids auprès du patient. Au cabinet, le patient est focalisé sur sa peur et sa douleur. S'il a peur, il est déjà en transe hypnotique, focalisé sur une région de son corps. La situation crée une dissociation « naturelle » que le soignant va utiliser autrement. Le thérapeute va alors chercher à réduire l'anxiété et à réinterpréter l'expérience comme quelque chose d'agréable. D'où l'importance du contexte émotionnel dans la mémoire du patient. Dans le livre *Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose* (Bioy et Servillat, 2017), Arnaud Gouchet écrit : « Ces suggestions sont d'autant plus efficaces qu'elles s'adressent à un patient en situation de soin, donc hautement suggestible. » (18). J'ai observé une 'influence' sur mes patients, sans volonté de ma part, dû à ma position de 'soignant-sachant' que certaines personnes me donnent. Je me rends compte de ce pouvoir de persuasion involontaire. De ce fait, ma façon de communiquer à changer.

2. Comment l'hypnose améliore la rééducation orthopédique ?

2.1. Les douleurs induites par les soins de masso-kinésithérapie.

Du fait de ma formation initiale en masso-kinésithérapie, je possède un panel de techniques permettant de rééduquer ces types d'opérations (pose d'une PUC et nettoyage du matériel à la suite d'une infection post-opératoire). J'ai à ma disposition les massages, des activités motrices et l'utilisation d'instruments tels que la cryothérapie, l'électrothérapie, etc.

L'action du massage a des effets mécaniques par mobilisation des tissus. Les glissements plan par plan, des fibres par rapport aux autres, permettent d'assouplir les différentes structures, et vasculariser les cellules (oxygénation, cicatrisation, évacuation des toxines, ...). Ces mouvements donnent des résultats probants sur la trophicité des tissus. Associés à des exercices de mobilisation segmentaire, ces manœuvres jouent un rôle dans la récupération de la mobilité.

A l'aide de ses mains expertes, le masseur-kinésithérapeute peut effectuer un diagnostic des altérations des tissus. Aussi, il est capable d'apprécier la qualité du frein lors de la mobilisation pour en détecter la cause. Ces techniques ne sont pas effractives, mais intrusives. Au-delà de la douleur que les mobilisations des tissus suscitent, elles peuvent créer des résistances aux actes de soins juste par leur appréhension. En effet, le toucher ou la manipulation de zones douloureuses déclenchent des réticences. De ce fait, l'attitude du thérapeute doit pouvoir être rassurante.

2.2 Composante émotionnelle de la douleur

Mon approche était très pragmatique. Je me suis aperçue que je sous-estimais la partie émotionnelle de ma profession. Dans ce cas clinique, j'ai pu constater que l'hypnose agit davantage sur les trois composantes de la douleur :

- Composante sensorielle : la perception de la nociception. L'hypnose perturbe les messages neuraux véhiculant la localisation, l'intensité de la douleur, ... Pierre Rainville décrit : « *L'analgésie hypnotique implique donc une modulation des réponses réflexes spinales et est ainsi en mesure d'activer des mécanismes physiologiques inhibiteurs descendants qui prennent leur origine au niveau cérébral.* ». (Benhaiem, 2005) (19)
- Composante émotionnelle : l'anxiété liée à la douleur procédurale, soit dans le vécu, l'anticipation ou dans le souvenir de la douleur lors de soins. Dans la mesure où l'hypnose diminue ou supprime les sensations nociceptives, l'individu ne peut mémoriser ce qu'il ne ressent pas. S'il n'intègre pas la douleur, il ne pourra pas l'anticiper sur les prochains soins.
- Composante cognitivo-comportementale : réaction de défense à l'appréhension de la douleur, par la tenue d'un tonus résiduel empêchant la mobilisation du membre inférieur (kinésiophobie). Les cinq caractéristiques de l'hypnose (incidence sur les paramètres spatio-temporels, attention, détente, jugement, réponse quasi-automatique) modifient le vécu du patient pour ne lui laisser que des sensations agréables. Le confort de la séance rassure et entraîne une détente qui accentue ce confort. Nous rentrons dans un cercle vertueux pour une meilleure récupération.

Comme l'analyse du cas concerné par ce mémoire le démontre sur une rééducation orthopédique, l'application de l'hypnose se porte sur la douleur, et aussi sur la peur de la douleur. Pour Isabelle Nègre : « *L'anticipation anxieuse de la douleur est beaucoup plus complexe que la seule anxiété et met en jeu l'ensemble de la personne, tant sur le plan somatique que psychologique et, pour parler d'une façon très globale, touche au plus profond de la conscience.* » (Bioy et Célestin-Lhopiteau, 2014) (20). Grâce à cette expérimentation, j'ai pris conscience de l'impact de l'émotion sur la prise en charge de

mes patients. J'ai analysé ce que ressentait les personnes lors de mes actes de rééducation. Les représentations qu'ils se font de la kinésithérapie, du kinésithérapeute, de leur problème ont une incidence sur leur douleur. Ces ressentis sont influencés par leur croyances, leur expérience et tous les facteurs psycho-sociaux qui les entourent. Éric Gibert précise : « *Pour toute algie corporelle, la douleur et la crainte de la douleur ajoutent une angoisse à celle qui préexiste dans le conscient et l'inconscient des patients, fruit d'une histoire et d'un environnement personnel et familial* ». (9)

Au moyen de l'hypnose, l'attention peut être portée sur des ressentis plus confortables et répondants au soulagement du sujet. Cette approche modifie les perceptions selon les applications hypnotiques utilisées : suggestions directes ou indirectes, métaphores, par hypnose formelle ou conversationnelle. Ainsi, comme l'exprime l'auteur : « *« La douleur est une illusion », elle serait une construction de notre cerveau comparable à l'image du corps. C'est là que l'hypnose trouve tout son intérêt, elle offre au patient le champ des possibles, grâce à l'imaginaire et la créativité.* » (9). Dans l'exemple de la rééducation de Monsieur T., la métaphore de la montgolfière change les représentations autour des rétractions myo-fasciales. Le but de cette image est de redonner une nouvelle topographie de l'articulation.

2.3. Incidence de l'hypnose sur mes objectifs de soins.

Comme je l'ai annoncé en début de mémoire, j'avais une double problématique sur ce sujet. Le choix de mon sujet d'étude s'est porté sur un patient ré-opéré à la suite d'une infection de sa prothèse unicompartimentale. Dans ces deux types d'opération j'ai pu constater parfois, au cours de mon expérience, une chronicisation des déficiences. Dans le cas présenté, le patient cumule ce que je juge être compliqué en termes de récupération de la mobilité articulaire. Pourtant, les études ne démontrent pas de corrélation entre la PUC ou l'infection post-opératoire et la perte d'autonomie. Les difficultés de récupération sont dues à des facteurs physiques et psychologiques intrinsèques (comme l'infection post-opératoire) et extrinsèques (dont le thérapeute fait partie). Ces derniers éléments qui viennent retarder le rétablissement sont subjectifs. Quelle est la part d'influence que mon vécu professionnel projette sur mon patient lors des actes de kinésithérapie ? Je prends alors ces antécédents comme échec personnel. Cette remise en question m'a amené à utiliser l'hypnose pour accompagner la rééducation. Cette notion n'est plus d'actualité aujourd'hui si je prends en considération la composante émotionnelle de la douleur, les attentes de mon patient et une meilleure connaissance de la rééducation de la PUC.

En ce qui concerne la chronicisation, les études montrent que la persistance de la douleur est un facteur favorisant. Selon Éric Gibert, « *En neurophysiologie. Toute douleur qui dure entraîne une certaine mémorisation neurologique des sensations, à la fois périphérique et centrale et aux niveaux médullaire*

et cortical. La douleur peut modifier le comportement du malade, surtout si la douleur dure plusieurs semaines ou mois. »(9). Dans l'Aide-mémoire Hypnoalgésie et hypnosédation (Bioy et Célestin-Lhopiteau, 2014), Isabelle Nègre précise le phénomène par ces chiffres : « En effet, en post-opératoire, plus de 60% des patients ressentent une douleur forte (>4 ou >6 au mouvement sur une échelle de 10) après l'intervention et se chronicise dans plus de 35% des cas avec une durée > 1 an. » (21).

Aussi, Carine Blanchon et Thierry Moreaux apportent des informations supplémentaires : « *La douleur initiale peut induire des manifestations réflexes intenses et prolongées facilitant la persistance de contracture musculaire, voire l'apparition d'algodystrophie.* » (Bioy et Célestin-Lhopiteau, 2014) (22)

L'enjeu est donc important pour casser ce cercle vicieux et éviter la chronicisation du problème. C'est pourquoi, je souhaitais que mon patient récupère au plus vite. Cette recherche de la performance, dans l'objectif de bien-être de la personne, se faisait au détriment de l'écoute de ses douleurs, et notamment, sur la composante émotionnelle de la douleur.

Dans la plupart des cas, c'est l'exacerbation de la douleur qui amène le patient en consultation de soin masso-kinésithérapique. Et de manière contradictoire, mais compréhensible, certains patients sont réticents à l'application du traitement, qu'il soit douloureux ou non. Cette forme de défense est fréquente. Si je me situe dans un rapport soignant-sachant, recherchant la performance, je passe à côté de ce qu'éprouve le patient, même si nos attentes sont similaires. Je contribue à faire perdurer le problème.

De plus, mon engagement à traiter un patient m'oblige à mettre tous les moyens à ma disposition pour améliorer son état de santé, mais ne m'oblige pas à un résultat. Comme je l'ai décrit à la séance du 19 janvier, je voulais réussir une séance idéale pour l'exposer dans ce mémoire. Dans cet exemple, je ne suis pas réceptive aux attentes de mon patient.

La crispation de la personne lors du traitement est aussi due au rapport soignant-soigné, à la proxémie et au toucher gnostique. D'où l'intérêt de la mise en place d'une relation de confiance entre le thérapeute et son patient en amont de l'acte thérapeutique. Carl Rogers développe la notion de 'présence' du thérapeute dans la relation d'aide. Il se base sur la communication non-verbale et la congruence (alignement entre ressenti, pensées, paroles et actes).

Éric Gibert valorise les effets de l'hypnose sur l'enlèvement de la situation : « *La pathologie est une forme d'arrêt, de sidération de l'entité corps-esprit, un blocage physique et mental, une fixation négative du comportement qui maintient la personne à l'écart du mouvement de la vie, comme l'évoque*

François Roustang (1999). Inconsciemment le patient agit ainsi pour des raisons de sauvegarde physique et/ou psychique, de son intégrité personnelle et sociale.

L'hypnose agit comme un retour dans la circulation générale de la vie, une reprise en main de sa destinée et une nouvelle liberté. » (9).

Dans la pratique, il est nécessaire de proposer une activité physique de la plus douce à la plus intense, pour reprogrammer le schéma corporel et redonner confiance dans les capacités du soigné afin de retrouver son autonomie. Parfois, cela n'est pas suffisant, car le patient présente des freins aux mouvements. Ceux-ci peuvent exprimer plusieurs difficultés : kinésiophobies ou bénéfices secondaires. Grâce à l'application de l'hypnose dans mes actes, je développe la participation du patient. Dans sa bulle, il se focalise sur ce qu'il ressent et qui est intéressant pour lui. L'hypnose permet de sortir du cadre et mettre en mouvement ce qui bloque aussi bien au niveau physique que psychique.

C'est pourquoi, la communication thérapeutique permet de créer une relation afin de construire une démarche de soins constructiviste. Elle décentralise la perception du thérapeute ou du patient pour replacer celui-ci au centre de ses soins et le rendre 'actient' (dans le sens de 'acteur', contrairement à patient, qui reste passif aux soins). Chantal Wood écrit : « ...il faut une approche globale où la tâche du soignant ou de l'hypnopraticien s'éloigne de la haute technologie pour devenir celui d'un 'motiveur' qui aide un patient 'actif' à développer ses ressources et ses capacités d'adaptation » (Bioy, 2017) (23).

3. Discussion éthique.

3.1 Les limites de l'hypnose.

A l'instar de l'expérience citée précédemment, les limites vont être, en premier lieu et surtout, les miennes. Etant novice dans l'approche, je ne connais pas toutes les ficelles et c'est avec la pratique, la littérature et le retour d'expérience de mes pairs que je pourrai approfondir la connaissance de cet art.

Aussi, l'association des techniques de rééducation et l'accompagnement hypnotique ont nécessité un peu de gymnastique lors des séances où je mobilisais le genou. Mes compétences acquises dans mon domaine d'activité se sont révélées utiles pour appréhender l'apprentissage de l'hypnoalgésie dans les soins. Néanmoins, cela m'a demandé de modifier mes habitudes professionnelles.

Quoiqu'il en soit, la prise en charge du patient s'est avérée efficace car, ayant retrouvé son autonomie, il a anticipé sa reprise de travail. Au fur et à mesure de la découverte de l'hypnose médicale et clinique, j'ai pu constater que cette approche répond aux attentes de soins que j'espérais depuis quelques années. En outre, les applications de l'hypnose dans la masso-kinésithérapie sont larges.

De plus, dans le cadre de mon activité, lorsque j'utilise la communication thérapeutique avec l'hypnose, je ne préviens pas forcément le patient. Je ne vais pas arrêter une conversation en expliquant que je vais entrer dans un processus hypnotique. Cependant, il m'arrive de faire des séances plus formelles avant lesquelles j'explique mon intention.

Rarement, pour diverses raisons, je n'arrive pas à mener mon accompagnement hypnotique jusqu'au bout. Jean Lassner rassure sur les conséquences de l'absence de réassociation : « *Tout sujet hypnotisé, puis abandonné à lui-même, retrouve après quelque temps son comportement habituel* ». Il ajoute : « *Rappelons qu'il est capital de toujours désuggérer systématiquement avant le réveil toute manifestation évoquée sous hypnose et que l'on ne désire pas voir persister.* » (Benhaïem, 2005) (24). C'est pourquoi, dans les meilleurs cas, je m'applique à proposer une suggestion post-hypnotique expliquant que le sujet peut se réapproprier ses sens et son schéma corporel à la suite de la séance. Aussi, je peux évoquer les sensations retrouvées dans l'une ou l'autre partie du corps afin de les ramener dans le présent. Le toucher permet d'accompagner la réassociation en réalisant un effleurement de la main sur l'articulation pour créer une continuité entre le membre et le tronc.

Les approches plus ou moins formelles avec le patient ne m'autorisent pas à faire n'importe quoi. Je suis responsable de la qualité du soin que je propose. C'est d'autant plus, lorsque que je suis concentrée sur le résultat, que je rencontre des difficultés à mettre en place une conduite hypnotique. Comme je l'ai déjà évoqué, mon souci de rigueur altère ma perception et ma capacité de lâcher-prise pour entrer dans la 'bulle' de mon patient. Dans ces moments-là, j'observe ma façon de faire. J'espère qu'avec l'expérience, ma pratique de l'hypnose sera plus assurée pour me laisser aller à observer... l'autre et l'instant que l'on partage. Jusqu'alors, c'est dans des situations impromptues, lorsque la relation est bien installée que l'accompagnement hypnotique se fait naturellement.

L'hypnose conversationnelle est une forme pratique à réaliser, à partir du moment où la relation s'y prête. Mais, elle ne s'emploie pas sur tous les individus. L'hypnose est contre-indiquée sur des profils psychologiques, tels que le pervers et le paranoïaque, par exemple. En général, l'application est déconseillée si une alliance thérapeutique n'est pas possible. Chez le psychotique ou le schizophrène, leurs personnalités dérangeantes ne permettent pas d'être à l'aise pour créer une relation.

3.2. La mobilisation en état hypnotique.

L'hypnoalgésie est un procédé qui a beaucoup d'intérêt pour moi. La douleur représente le motif de consultation principal de ma patientèle. Cependant la douleur est avant tout un signal d'alerte que je dois respecter.

Concernant la question éthique, il est important de s'interroger sur la mobilisation en état hypnotique. Si j'installe mon patient dans un confort trop profond, je n'aurai pas son retour sur un début d'altération ou une lésion provoquée par la manipulation des tissus ?

Dans le cas de Monsieur T., la mobilité totale a été testée sous anesthésie générale lors de l'opération. Le manque de souplesse est dû à l'état trophique de l'articulation du genou et des adhérences. D'ailleurs, si une raideur post-opératoire persiste, une mobilisation sous anesthésie générale est recommandée dans les huit premières semaines suivant l'intervention chirurgicale. Le geste consiste à plier et étendre le genou dans tous les degrés d'amplitudes articulaires tolérés par la prothèse.

Donc, pour Monsieur T., l'hypnoalgésie agit comme une anesthésie générale par la mise en veille de son tonus musculaire. J'effectue la mobilisation sans craindre de lésions, hormis celles qui libèrent les adhérences tissulaires. Pour garder une certaine réserve, je fais confiance à ma dextérité. Ma compétence de masseur-kinésithérapeute guide mon geste pour déceler toute dégradation éventuelle.

Dans certains cas, je ne dois pas utiliser l'hypnoalgésie. Par exemple, lors d'une reprise d'appui progressive. La douleur sera un bon indicateur pour mener une rééducation appropriée à l'état de consolidation du membre inférieur.

Dans d'autres situations, la limite est plus floue. Il est difficile d'apprécier la qualité du blocage lorsque l'hypnoalgésie est installée. Pour pallier cela, je propose au patient une auto-mobilisation ou j'installe un signaling de fin d'amplitude tolérable. Mais, je redoute une mobilisation excessive qui étirerait les tissus au-delà de leurs capacités extensibles au moment de la mobilisation. Je crains alors une réaction de défense compensatrice dans les suites de la séance. C'est pourquoi, je n'applique pas l'hypnose sur chacun de mes patients. J'évalue les situations les plus appropriées.

D'ailleurs, Nathalie Jammot apporte des précisions sur l'application de l'hypnose médicale et clinique : « *Le soignant hypnopratricien se doit de bien connaître son domaine de compétences et ses limites, les soins et gestes techniques qu'il est amené à prodiguer, le cadre dans lequel il les réalise afin d'adapter au mieux sa pratique. Il offre ainsi aux patients une prise en charge globale car, ces connaissances (techniques et scientifiques), associées à un accompagnement hypnotique vont permettre de créer un climat de confiance et un lien humain propice à une alliance thérapeutique.* »

(8).

VI. CONCLUSION

En 2003, ma formation initiale de masseur-kinésithérapeute se basait sur un apprentissage de techniques, que ce soit aussi bien dans le domaine du massage que dans celui de la gymnastique médicale. Ces deux compétences s'appliquent sur des troubles physiques. Je réalisais régulièrement des formations pour suivre les évolutions de la profession. En 2015, nos compétences se sont réorganisées en 11 démarches intellectuelles d'action en faveur de la kinésithérapie. Dans ma pratique, le bilan diagnostic kinésithérapique a évolué également sur un modèle bio-psycho-social. Il permet de cibler la rééducation en intégrant les facteurs psychologiques et sociaux. Malgré mes formations, je rencontre des difficultés avec ces deux composantes car j'étais habituée au modèle biomédical. Dans certaines situations, j'applique des protocoles de soin. Dans d'autres cas, je puise dans ma boîte à outils pour répondre aux mieux au problème. Arrivée à 20 ans d'expérience, je constate que soit mon matériel est usé, soit c'est moi qui m'use dans un système qui dévalorise mes connaissances, mon savoir-faire et mon savoir-être.

Pour retrouver un sens à mon activité, j'ai décidé de m'orienter vers l'hypnose. Cette application cherche à remettre en mouvement d'un point de vue physique et psychique. En toute logique, je me sens concernée : quoi de plus logique pour un thérapeute du mouvement ! Pour cela, je voulais un diplôme reconnu. C'est la raison pour laquelle je me suis inscrite au DIU Hypnose Médicale et Clinique.

Mon mémoire s'intéresse à la rééducation d'un patient ré-opéré à la suite de l'infection de sa prothèse unicompartimentale de genou. D'une manière basique, le masseur-kinésithérapeute veille à obtenir un genou indolore, stable et mobile. Pour cela, il possède plusieurs outils dans sa boîte : massage, manipulation manuelle ou instrumentale. Et souvent, avec un peu de distraction ou d'humour, la rééducation se passe en acceptant les douleurs induites par les soins. Parfois, dans certaines situations complexes, la détermination du thérapeute ne suffit pas. L'hypnose prend alors toute sa place dans la prise en charge.

Comme il a été démontré dans cette étude de cas, l'hypnoalgésie agit sur la perception de la douleur (nociception), la composante émotionnelle de la douleur (peur) et les effets cognitivo-comportementales de la douleur (tonus résiduel de défense). L'application de l'hypnose soulage la douleur et l'anxiété liée aux soins douloureux. Elle propose une amélioration du vécu dans la rééducation. Pour cela, l'hypnose a une action sur la détente et l'attention. Le relâchement musculaire

favorise les soins masso-kinésithérapiques. L'attention peut être portée sur une zone douloureuse pour orienter la détente, ou au contraire, sur une zone non douloureuse pour défocaliser une algie aiguë.

Elle permet aussi de valoriser le patient pour qu'il mette en exergue les ressources dont il a besoin pour améliorer sa récupération.

Comme la majorité de mes patients rapporte des douleurs ou des gênes physiques. L'application de l'hypnose trouve toute son utilité à mon cabinet de masso-kinésithérapie. Grâce à la formation, mais loin d'être experte, j'ai compris certains rouages de cet art. L'hypnose est définie comme un *mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi*. Donc, dans la relation que j'entretiens avec mes patients, je glisse à certains moments de mes actes des suggestions hypnotiques ou des métaphores. Par la faveur d'une communication thérapeutique de l'hypnose, je souhaite potentialiser ainsi le rétablissement des patients.

J'avais de grand espoir sur cette formation pour redéfinir mon orientation professionnelle. Et, le résultat a été à la hauteur de mes espérances y compris d'un point de vue personnel, impliquant par là même, la refonte de mon identité professionnelle. L'hypnose apporte une dimension supplémentaire à ma pratique. Je retrouve pourquoi j'ai choisi cette vocation. L'hypnose médicale et clinique m'ouvre au champ des possibles...

Chaque thérapeute a sa sensibilité dans la prise en charge et s'accorde avec celle du patient. L'objectif commun de tout soignant est d'améliorer l'état de santé du soigné quel que soit les moyens employés. On peut se demander alors quel est l'impact du kinésithérapeute sur la rééducation de son patient. Est-ce que la réussite de la récupération est opérateur-dépendant ou patient-dépendant ? Aussi, de la même manière, on peut se demander quel aurait été le rétablissement du patient sans l'accompagnement hypnotique ?

Conclusion du patient :

« Ce que j'ai le plus ressenti : On ne ressent pas la douleur sous hypnose, ce qui permet d'aller plus loin dans la flexion. Éveillé, on est plus contracté. Si on est contracté éveillé, c'est que le problème est dans la tête ».

VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

PERIODIQUES

1. Felts E, Parratte S, Pauly V, Aubaniac JM, Argenson JN. Function and quality of life following medial unicompartmental knee arthroplasty in patients 60years of age or younger. *Orthop Traumatol Surg Res.* déc 2010;96(8):861-7.
2. Philippeau D. Rééducation et arthroplasties totales du genou. *Kinésithérapie Sci Rev.* 2013;(548):17-30.
5. Jensen MP, Adachi T, Tomé-Pires C, Lee J, Osman ZJ, Miró J. Mechanisms of Hypnosis: *Toward the Development of a Biopsychosocial Model.* *Int J Clin Exp Hypn.* 2 janv 2015;63(1):34-75.
11. Larroque M. Les procédés de relaxation hier et aujourd'hui: *Inf Psychiatr.* 1 nov 2013;Volume 89(9):751-8.

LIVRES

3. Bonnevalle P, Borriane F. Manuel d'arthroplastie totale du genou: des fondamentaux à la pratique. Montpellier: Sauramps médical; 2010.
4. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C, Ostermann G. Hypnose. 3e éd. Malakoff: Dunod; 2020. (Aide-mémoire).
6. Bioy A. L'hypnose. 2e éd. mise à jour. Paris: Que sais-je ?; 2020. (Que sais-je ?).
7. Richard P. Place de l'Homme dans la schématisation du processus hypnotique. In: Benhaïem JM, éditeur. *L'hypnose aujourd'hui.* 2e éd. Paris: In press; 2012. p. 154.
8. Jammot N. Hypnoalgésie pendant les examens médicaux. In: Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, éditeurs. *Hypnoalgésie et hypnosédation.* 2e éd. Malakoff: Dunod; 2020. p. 270-8. (Aide-mémoire).
9. Gibert E. L'hypnose en rhumatologie: exemple d'un accompagnement. In: Bioy A, éditeur. *15 cas cliniques en hypnose médicale et hypnoalgésie.* Malakoff: Dunod; 2017. p. 114-21. (Les ateliers du praticien).
10. Ménard A. Hypnoalgésie et gestion du stress et de l'anxiété. In: Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, éditeurs. *Hypnoalgésie et hypnosédation.* 2e éd. Malakoff: Dunod; 2020. p. 285-90. (Aide-mémoire).
12. Bioy A. Autohypnose : pratique, cas clinique et exercices. In: Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, éditeurs. *Hypnoalgésie et hypnosédation.* 2e éd. Malakoff: Dunod; 2020. p. 349. (Aide-mémoire).

13. Célestin-Lhopiteau I. L'hypnose et l'auto-hypnose pour les soignants eux-mêmes. In: Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, éditeurs. Hypnoalgésie et hypnosédation. 2e éd. Malakoff: Dunod; 2020. p. 356. (Aide-mémoire).
14. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I. Hypnoalgésie et hypnosédation. 2e éd. Malakoff: Dunod; 2020. (Aide-mémoire).
15. Aïm P. La relation d'aide. In: Bioy A, Servillat T, éditeurs. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. 2e éd. Malakoff: Dunod; 2020. p. 113-4. (Psychothérapies).
16. Prévot-Stimec I. Interactions langagières. In: Bioy A, Servillat T, éditeurs. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. 2e éd. Malakoff: Dunod; 2020. p. 45. (Psychothérapies).
17. Audrain-Servillat B, Servillat T. Le pluriel des thérapies communicationnelles. In: Bioy A, Servillat T, éditeurs. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. 2e éd. Malakoff: Dunod; 2020. p. 168. (Psychothérapies).
18. Gouchet A. Le domaine médical. In: Bioy A, Servillat T, éditeurs. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. 2e éd. Malakoff: Dunod; 2020. p. 192. (Psychothérapies).
19. Rainville P. La conscience de soi-corps. In: Benhaiem JM, éditeur. L'hypnose aujourd'hui. 2e éd. Paris: In press; 2012. p. 63.
20. Nègre I. Perception de la douleur, anticipation anxieuse de la douleur. In: Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, éditeurs. Hypnoalgésie et hypnosédation. 2e éd. Malakoff: Dunod; 2020. p. 60. (Aide-mémoire).
21. Nègre I. Aspects neuroscientifiques, psychologiques et sociaux de la douleur. In: Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, éditeurs. Hypnoalgésie et hypnosédation. 2e éd. Malakoff: Dunod; 2020. p. 53. (Aide-mémoire).
22. Blanchon C, Moreaux T. Hypnoalgésie et soins douloureux: indications et problématique. In: Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, éditeurs. Hypnoalgésie et hypnosédation. 2e éd. Malakoff: Dunod; 2020. p. 264. (Aide-mémoire).
23. Wood C. Hypnose et fibromyalgie. In: Bioy A, éditeur. 15 cas cliniques en hypnose médicale et hypnoalgésie. Malakoff: Dunod; 2017. p. 269. (Les ateliers du praticien).
24. Lassner J. Hypnose en anesthésiologie. In: Benhaiem JM, éditeur. L'hypnose aujourd'hui. 2e éd. Paris: In press; 2012. p. 143.

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Clichés radiologiques d'un pincement de l'interligne articulaire fémoro-tibiale médiale de genou gauche traitée par la pose d'une arthroplastie unicompartmentale

Annexe 2 : Tableau récapitulatif de l'implication en kinésithérapie et objectifs de rééducation sur les différentes arthroplasties de genou

Annexe 3 : Schéma représentant le cercle vicieux de la douleur

Annexe 4 : Spirale de la kinésiophobie

Annexe 5 : Résumé de l'état des connaissances scientifiques concernant les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui contribuent à la réponse à l'hypnose et aux suggestions hypnotiques

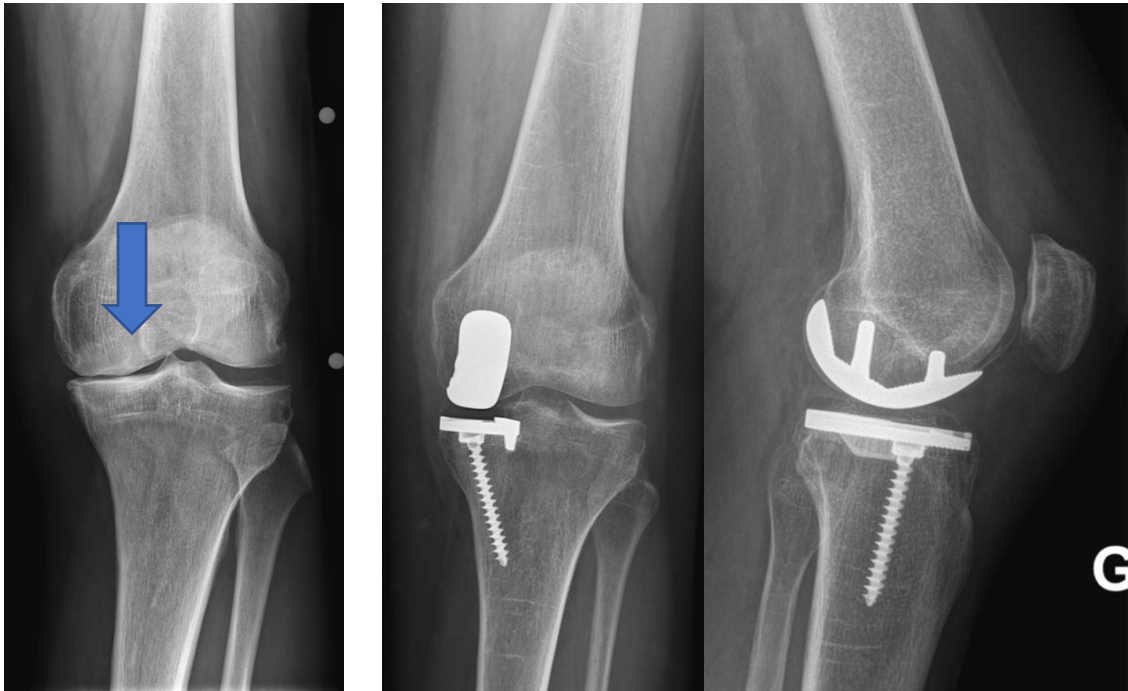
Annexe 6 : Schéma du Processus hypnotique

Annexe 7 : Retranscription de la deuxième séance - Catalepsie du membre inférieur

Annexe 8 : Retranscription de la quatrième séance - Mobilisation passive et chaussette magique !

Annexe 9 : Retranscription de la quatrième séance - Mobilisation passive et lévitation du pied !

ANNEXE 1



Clichés radiologiques d'un pincement de l'interligne articulaire fémoro-tibiale médiale de genou gauche traitée par la pose d'une arthroplastie unicompartmentale

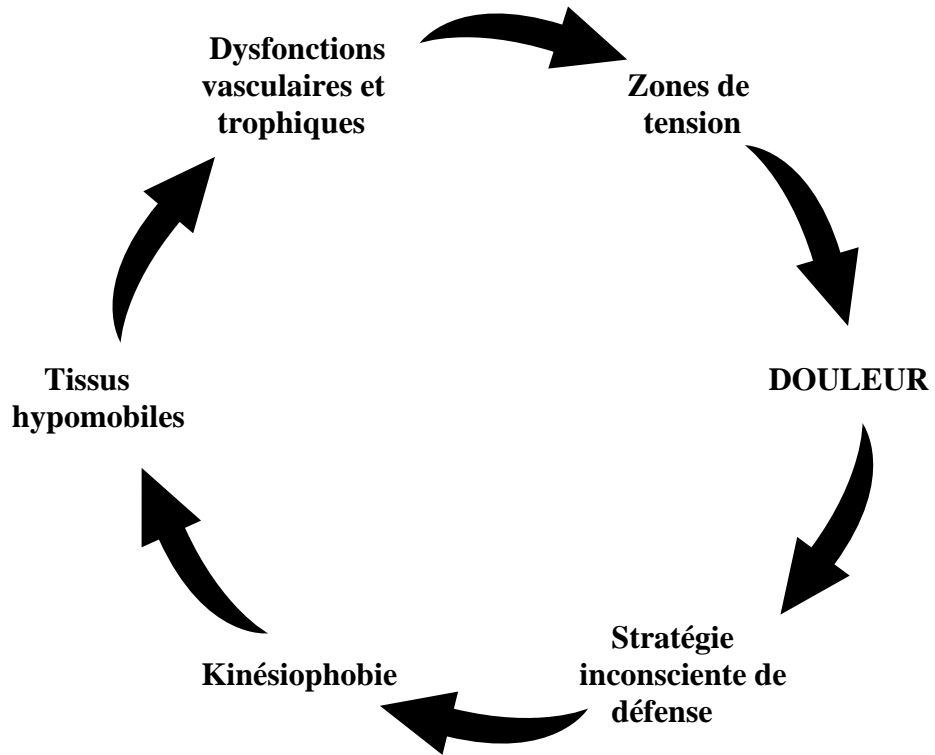
ANNEXE 2

Implication en kinésithérapie	Prothèse unicompartimentale	Prothèse à glissement	Prothèse charnière
Type	Non contrainte	Semi-contrainte	Contrainte
Compartiment	1	2 ou 3	2 ou 3
Amplitudes espérées	140	120	100
Mouvements articulaires macro	Flexion / Extension / Rotation	Flexion / Extension / Rotation	Flexion / Extension
Mouvements articulaires micro	Roulement-glisement	Roulement-glisement	Non
Radio	RAS	Interligne articulaire complet	Tige reliant le fémur au tibia
Rotule	RAS	Plot d'insertion visible	Plot d'insertion visible
Principes	Rééducation immédiate – Prises courtes Privilégier le travail statique le 1 ^{er} mois Travail dynamique contre résistance manuelle ensuite		

OBJECTIFS	PRINCIPES
<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir la sédation des douleurs. • Diminuer les troubles trophiques et circulatoires. • Entretenir et améliorer les amplitudes en flexion et en extension. • Assurer une bonne stabilité active du genou. • Améliorer les transferts et la déambulation. Le travail de la marche peut avoir plusieurs objectifs : corriger les boiteries, améliorer l'endurance de la marche, prévenir les troubles de l'équilibre et sevrer progressivement les aides techniques de marche. • Éduquer le patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rester vigilant sur l'évolution et l'apparition éventuelle de complications. • Gérer la douleur du patient et être progressif. Ne pas forcer. • Obtenir des amplitudes fonctionnelles en fonction du type de prothèse (demi-contrainte ou non contrainte). • Privilégier des bras de levier courts. • Privilégier le travail statique, éviter le travail dynamique contre résistance. • Respecter la cinématique de la prothèse.

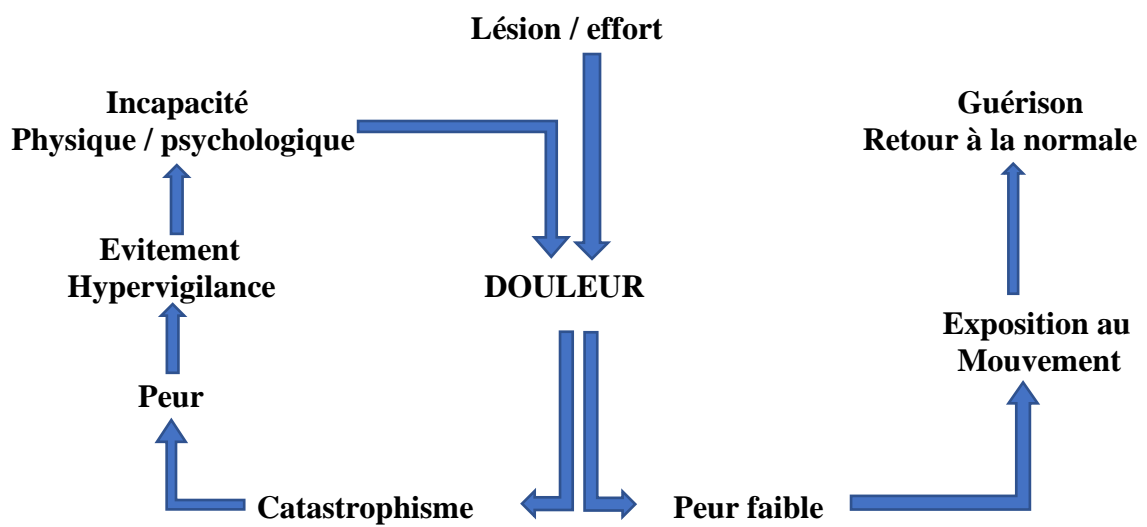
Tableau récapitulatif de l'implication en kinésithérapie et des objectifs de rééducation

ANNEXE 3



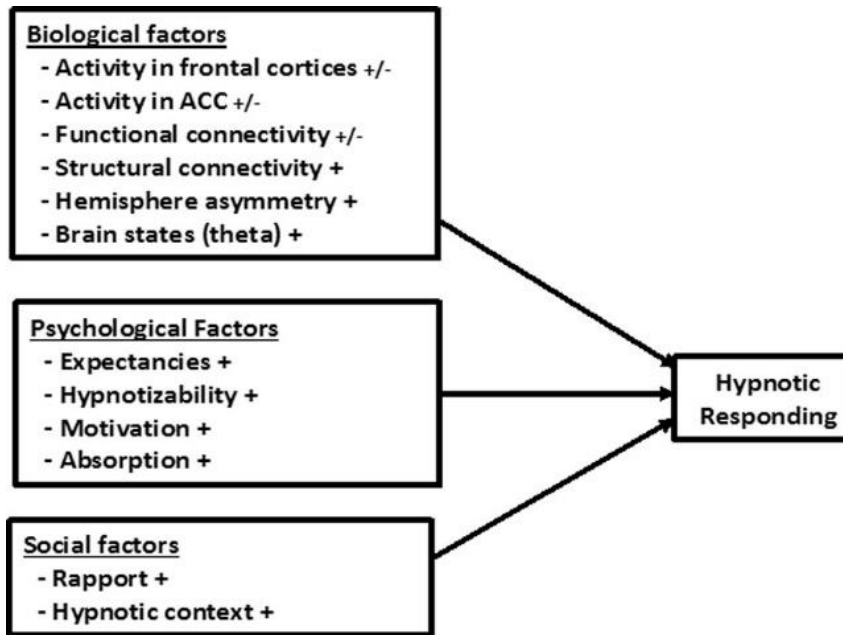
Cercle vicieux de la douleur au niveau des tissus de l'organisme.

ANNEXE 4



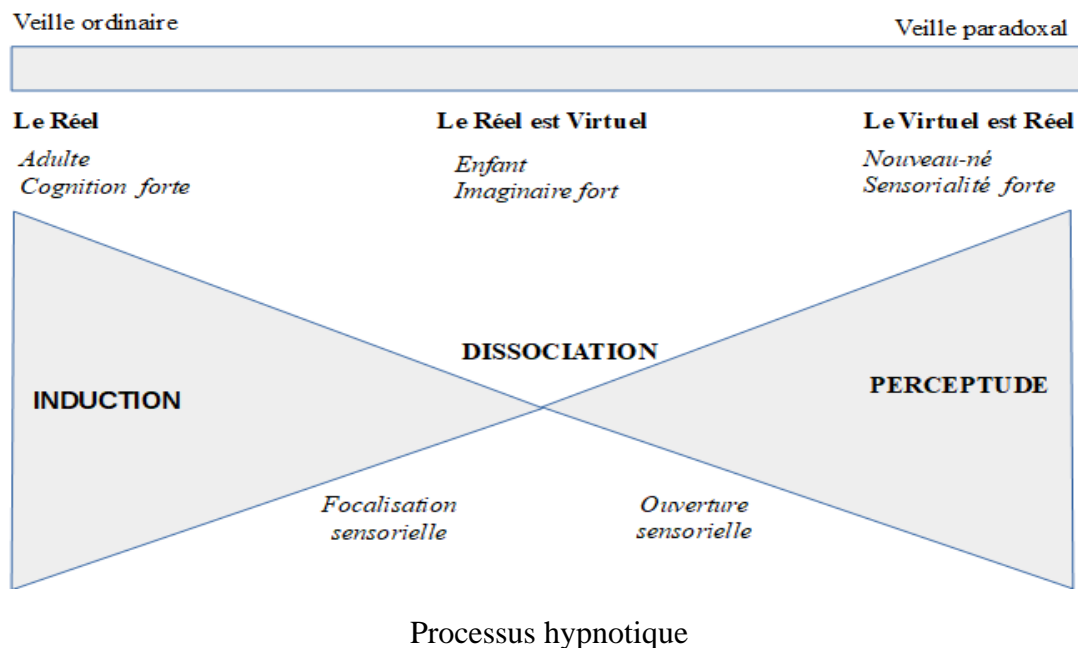
Spirale de la kinésiophobie

ANNEXE 5



Résumé de l'état des connaissances scientifiques concernant les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui contribuent à la réponse à l'hypnose et aux suggestions hypnotiques

ANNEXE 6



ANNEXE 7

Retranscription de la deuxième séance - Catalepsie du membre inférieur.

« Cette fois-ci, je vais te proposer une forme d'hypnose... je ne te dis pas laquelle pour ne pas t'influencer ». « J'aurais besoin que tu me confies ta jambe ».

« Est-ce que tu es bien installé ? Est-ce que tu es assez incliné ? Est-ce que ton corps repose comme tu veux sur la table ? ». Et, je veille également à m'installer à côté de la table réglée à une hauteur satisfaisante pour supporter le poids du membre inférieur pendant un laps de temps nécessaire à provoquer une catalepsie.

« On va essayer de voir comment la placer. Mais, il faut que tu sois bien détendu, tu vois...voilà, encore plus mou, bien détendu, bien relâché ...Ok. Et on va essayer de trouver une position à cette jambe, pour que tu sois bien. D'accord ? »

« Quand tu es prêt, tu peux... sois arrêter ton regard sur un élément de la pièce... (soupir)... tu peux te concentrer aussi sur les sons de l'extérieur, plus lointains ou près, ou alors, les...un point ... »

Monsieur T. « Il n'y a pas grand-chose... ».

« Il n'y a pas grand-chose, mais tu vas peut-être trouver ...Ton regard peut au fur et à mesure qu'il analyse l'environnement s'arrêter sur quelque chose... » « Détends bien ta jambe, voilà, c'est moi qui la porte... voilà... plus lourde encore, voilà, très bien... »

« Et, donc, en fixant ce point, un point, quand tu l'auras choisi, tu peux ... le fixer, et le sentir plus ou moins loin, plus ou moins flou... peut-être... peut-être, en y réfléchissant bien, les paupières fermées, tu pourras même l'imaginer encore ce point, sa forme... sa distance, les nuances dessus. Je te laisse te concentrer sur quelque chose, qui va fixer ton regard et sur lequel tu as envie de porter ton attention. Et, quand tu le souhaites, si tu le trouves nécessaire, tu peux même fermer les yeux, si tu trouves cela plus agréable. Et, tu peux te concentrer sur les lumières ... la luminosité ... la forme... la distance... tu peux te concentrer aussi sur les sons que tu entends au loin ou tout près, et tu vas te laisser guider par ma voix, parce que ma voix t'accompagne. »

« Et on va essayer de chercher... une place pour poser cette jambe, ce genou... sur quelque chose... quelque chose qu'on n'aura pas forcément identifier... que toi, tu vas ressentir, toi-même, comme si c'était une table... tu sais très bien qu'il n'y en a pas, mais comme si, il y avait un tabouret, un élément qui s'intercale entre la table et la jambe... et qui te permette de déposer ta jambe dessus... peut-être un peu plus basse ... peut-être un peu plus haute... » J'accompagne le geste à mon discours en baissant

ou élevant le segment jambier. « ... et tu peux ressentir déjà que la jambe se porte... se fixe... se pose... peut-être que tu vas ressentir aussi... tous les éléments dans ta jambe... les pulsations... »
«... et même si il y a des sons à l'extérieur... tu te concentres sur ce qui se passe sur ta jambe... tranquillement... »

« Cette jambe où... il y a des mouvements à l'intérieur... il y a des muscles... peut-être, tu peux ressentir les muscles ... les tendons ... les pulsations du cœur... l'influx qui passe... qui vient, qui va. Peut-être un engourdissement aussi qui va commencer à s'installer... et la jambe va pouvoir se poser... tout doucement... tranquillement... sur un support, quel qu'il soit... sur une surface. »

« La jambe va pouvoir se fixer... tranquillement... s'immobiliser... et, de façon agréable... elle va s'arrêter... se fixer... tout doucement... sur une surface, n'importe laquelle... elle va se poser ... déposer... paisible... tranquille... la jambe va... se déposer sur une surface à hauteur, comme ça tranquillement, de façon pausée, toute douce... voilà, elle se fixe, elle se pose... peut-être plus bas, peut-être plus haut. »

Progressivement, le ton de voix devient plus lent et monotone.

« Je vais la reprendre, peut-être que c'est plus haut, qu'elle veut se fixer, cette jambe... je vais t'aider à trouver la zone où elle va rester fixe, détendue, reposée, bien stable... voilà, comme ceci... comme reposée, comme déposée sur un élément... de façon complètement détendue... apaisée, tranquille. La jambe va rester fixe, comme ça, sur un meuble, sur une surface... va rester immobile, fixe, détendue, reposée... peut-être plus basse, peut-être plus haute... et toutes les sensations à l'intérieur sont agréables... sont détendues, relâchées. »

J'accompagne l'abaissement du membre inférieur jusqu'au contact de la table. La hanche s'est étendue, mais le genou reste plié. Le membre inférieur présente une rigidité. Il repose sur le talon, en équilibre, le genou dressé vers le plafond.

« Peut-être que, il est intéressant de voir la différence entre les sensations qui sont dans cette jambe et dans l'autre jambe... voilà, c'est bien, c'est bien... Peut-être qu'il est intéressant de voir, comment une jambe reste tendue de façon calme, et l'autre légèrement pliée, comme ça, et de façon complètement relâchée, sans tension... Essayer d'apercevoir, de comparer ces deux sensations... ».

« Et il peut être intéressant aussi d'essayer de plier cette jambe, puisqu'elle sait se tenir de façon détendue, calme, déposée... on va essayer de voir si elle peut aussi, se mettre détendue, calme, quand elle fléchit. Je vais t'aider pour cela, je vais reprendre la jambe et je vais t'aider à la plier, et on va essayer ensemble, on va le faire ensemble. De façon détendue, avec ces fourmillements, ces

engourdissements, qui sont agréables... Voilà... Et peut-être, étendre, tout doucement aussi, parce que c'est agréable aussi de savoir relâcher les tensions, parfois, on peut étendre la jambe, l'allonger, tout doucement, et l'on peut aussi plier la jambe, tranquillement, de façon calme et paisible, pour pouvoir mieux plier, voilà, c'est bien... et s'aider de ces sensations de bien être, d'apaisement, de détente dans le genou, dans la jambe, pour savoir allonger la jambe quand il est nécessaire et savoir la plier également... voilà, et à ton rythme, comme tu le souhaites, tu peux continuer, à faire ce petit travail, parfois détendre, parfois tourner... et il faut que ça soit agréable, que tu sentes que tu as envie de le faire, que le genou en est capable ... et qu'il est suffisamment détendu pour ça... Voilà. Parfois étendre, parfois plier, à ton rythme... au fur et à mesure de ta respiration même... tu peux imaginer que l'apaisement rentre de plus en plus dans cette jambe... et que tu peux aller plus loin... tranquillement... tout doucement... à ton rythme. »

« Cette jambe est détendue, et se rappelle des tensions... qui ont été libérée, lors du montage de la montgolfière, lorsqu'elle s'est élevée librement dans l'air, lorsque les sangles ont libéré cette tension... et tout était libre, détendu, apaisé... voilà. »

« Il peut être intéressant de voir comment la jambe peut tout doucement s'allonger, et se plier. Parce que des fois, il est nécessaire de défaire les tensions, pour mieux... pouvoir s'envoler, se libérer... Et retomber, comme tu le souhaites, c'est toi qui choisit à quel moment... ce genou est libre... Et même le genou peut décider lui-même, à quel moment il veut se libérer. C'est à lui de décider ... Puisqu'il sait qu'il n'a aucune étreinte, qu'il est libre de faire le mouvement, qu'il souhaite, qu'il choisit, au moment où il l'aura décidé... voilà, c'est bien, c'est bien... c'est la jambe qui décide, c'est elle qui sait... il n'est pas nécessaire de juger, juste de laisser aller... »

« Et on peut libérer, très bien, très bien, parfait, parfait » gros soupir

« Maintenant, on réassocie la jambe, qui fait partie d'un tout, qui fait partie du corps, les flux qui rentrent dedans, aussi bien que de l'autre côté, les sons qui reviennent, et l'image, la luminosité de la pièce. »

ANNEXE 8

Retranscription de la quatrième séance - Mobilisation passive et chaussette magique !

« Je te laisse t'installer confortablement, tu peux fermer les paupières pour te concentrer, si tu veux, tranquillement, sur ta respiration... (le patient garde les yeux ouverts) ... Ou tu peux aussi laisser aller ton regard dans cette pièce pour que tes yeux se fixent sur un point, n'importe lequel... (le sujet observe un abat-jour réalisé en papier froissé) ... un méandre, ou un point, quelque chose qui attire... »

Le sujet fait un commentaire sur l'abat-jour, et je me rends compte de la difficulté à focaliser son attention. Et, comme ses remarques se portent sur l'effet 'flou' de cet élément, j'enchaîne sur la découverte des détails de cet abat-jour. Pour lui montrer l'exemple, je fixe également un point et commence les propositions d'observation des modalités.

« Je te laisse fixer cet abat-jour, les nuances, les couleurs, les lumières, voilà... fixer peut-être un point plus précisément... et lorsque tu l'auras, tu pourras vraiment attirer ton regard sur...la couleur, la sensation de texture aussi, que tu peux imaginer ressentir... tu peux regarder les courbes, les formes que cela prend... tu fixes bien ce point, qui peut devenir un peu plus flou aussi... ou changer de distances, de couleurs, voilà... je te laisse vraiment fixer ce point. Et si c'est plus agréable pour toi, tu peux continuer à le fixer, même les paupières fermées et continuer à te concentrer sur la respiration ... te concentrer sur cet air qui rentre tout doucement et qui ressort légèrement, un peu plus réchauffé... voilà, très bien... Respiration ample, calme... OK »

« Et je vais te laisser ressentir ce qui se passe dans tes pieds... dans tes pieds, posés sur cette table... pesanteur dans les talons... ressentir aussi le contact de la chaussette et te concentrant sur ces ressentis, ou du pantalon, ou tout simplement la température de la pièce sur tes parties dénudées... voilà... sensation de pesanteur, de chaleur, agréable... sensation qui va remonter le long des jambes... je vais tenir la jambe... ». Je pose mes mains sur le segment jambier sans le soulever. Ceci pour familiariser le sujet au contact et induire davantage l'état hypnotique.

« Sensations qui remontent le long des jambes, des cuisses, jusqu'au bassin, qui repose délicatement sur la table, posément, de tout son poids... sensation de détente qui remonte des pieds jusqu'au bassin... Qui remonte le long de la colonne vertébrale... aux épaules... et descend tout doucement dans les bras, les avant-bras, jusqu'aux mains, jusqu'au bout des doigts. Sensation de légèreté, de détente, de

relâchement, qui peut remonter le long des cervicales, de la tête et du crâne... Les muscles des joues se détendent... les yeux reposent confortablement dans leurs orbites... et le front se déplisse, comme la surface d'un lac calme... Détendre, cette sensation de détente...

Je te propose de te concentrer sur la jambe... les sensations qui sont à l'intérieur de la jambe... pulsations peut-être du cœur... les petites tensions par-ci, par-là... fourmillements ou un engourdissement... je te laisse ressentir ce qui se passe dans cette jambe, et je te propose de monter le pied... je prends le pied et je le monte... voilà très bien... parfait. »

Je sens que le patient m'aide, je porte le membre inférieur en triple flexion à 90° (hanche, genou, cheville). J'insiste sur la respiration pour entraîner un relâchement.

« Respire, détend... tranquillement, et au fur et à mesure de ta respiration, tu sentiras le relâchement ... venir plus profondément, plus loin dans cette jambe... tranquillement... Et ce pied qui va peser de toute son poids... dans ma main... voilà... la jambe qui est complètement détendue, complètement relâchée. Et le talon, qui va reposer de tout son poids, naturellement, dans la main, voilà... C'est comme s'il y avait une légèreté en même temps... sentiment très agréable, très confortable... de détente, de légèreté... voilà ».

Comme je sens enfin que les muscles de la jambe semblent détendus, je m'installe sur la table et je décris ce que je fais.

« Et, je te propose, comme je te l'avais annoncé, de déposer le pied sur mon épaule, pour qu'il repose lourdement, tranquillement sur mon épaule... Et maintenant, on va imaginer une chaussette magique... une chaussette, toute simple, ou alors une chaussette un peu rembourrée, ou fine, comme tu le souhaites... Une chaussette de la couleur que tu souhaites, ou des couleurs... de la texture que tu auras choisie... une chaussette de protection. »

« Quand tu auras trouvé cette chaussette, je te laisse me l'indiquer par le mouvement d'un de tes deux doigts, de tes deux mains... très bien. Maintenant, on va imaginer placer cette chaussette sur ton pied... c'est une chaussette magique, une chaussette de protection... donc on va l'enfiler, tout doucement au niveau du pied... (je glisse ma main des orteils jusqu'à la cheville pour symboliser ce que je décris) ... peut-être que tu peux ressentir un changement de température... plus frais, plus chaud... voilà... C'est une chaussette de protection... tu te sens bien à l'intérieur... elle te protège, te sécurise... il peut y avoir comme une sorte d'anesthésie dans le pied maintenant... si tu le souhaites, tu peux même

changer, modifier certains aspects de cette chaussette pour qu'elle soit encore plus confortable... encore plus agréable. Et cette chaussette magique, on va imaginer la monter encore plus haut, la monter le long de la jambe... voilà (ma main continue sa progression jusqu'au 1/3 inférieur de la cuisse pour englober la région du genou) ... la chaussette qui monte jusqu'au genou... voilà... je te laisse apprécier tout le bien-être qu'il y a dans cette jambe je te laisse apprécié cette anesthésie, cette sensation agréable... voilà... »

« Et maintenant, grâce à cette chaussette magique, je te propose d'aller plus loin avec le pied, vers le bas, de laisser la pesanteur amener le pied vers le sol, tranquillement, tout doucement... voilà... parce que, à l'intérieur de cette chaussette, les muscles sont complètement relâchés, les ligaments sont détendus, les tendons sont relâchés... voilà... tranquillement...et même si il y a des sons plus ou moins lointains, plus ou moins proches... je te laisse te concentrer sur ma voix, ma voix te guide, t'accompagne dans ce voyage... voilà... on laisse la chaussette faire son effet... détendre tous les éléments qui peuvent être détendus pour laisser plier le genou... voilà, naturellement, tranquillement... voilà, parfait... tout doucement, à ton rythme... je mets une petite pression, mais c'est toi qui plie à ton rythme... voilà »

La respiration du patient est de plus en plus bruyante, je m'interroge sur les suggestions : pertinence de la 'chaussette' magique, le ton de la voix, le rythme, etc. Ou peut-être cette augmentation du rythme respiratoire serait provoquée par l'amplification des douleurs due à la mobilisation.

« Le genou est confortable, le genou est détendu... très bien, parfait... tu te sens complètement relâché, détendu, et confortable... très bien, parfait... voilà, la chaussette magique permet d'avoir une sensation agréable, de détente... parfait, très bien, continue... c'est même agréable de ne rien ressentir grâce à cette anesthésie, ce relâchement profond à l'intérieur. »

« Et je me demande jusqu'où cette détente peut aller, jusqu'où cette détente peut accompagner ce genou... voilà, continue, très bien, comme ça... avec la légèreté, et en même temps... la légèreté... il est très agréable d'avoir cette sensation... c'est très confortable... sensation peut-être de fraîcheur ou de chaleur qui accompagne... celle qui sera plus confortable... voilà... Et au fur et à mesure de la respiration, le genou se détend, tous les éléments autour se détendent... très bien. »

ANNEXE 9

Retranscription de la quatrième séance - Mobilisation passive et lévitation du pied !

« Est-ce que... il est quelle heure ? Il est 5 heures... (je souffle pour qu'il m'imité ou parce que j'ai besoin également de souffler ?) souffle bien, relâche bien...est-ce que l'on essaye de faire une induction ? où...là, du coup, j'oublie la chaussette...mais je retourne dans autre chose. »

Le patient hausse les épaules, il ne semble pas motivé. Et selon mon ton de voix et mes propos, je n'engage pas à continuer : « Bof », « ça te dit ou pas », « ouais ».

J'insiste pourtant car je veux du résultat et je me sens frustrée par le premier essai: « Je peux essayer autrement...est-ce que toi tu te sens prêt à refaire une induction ? » Il me fait remarquer que c'est à moi de décider en fonction du temps. J'acquiesce « au niveau du temps, ça va être chaud ». « Mais voilà, je m'étais dit que ça pouvait faire quelque chose... car là il n'y a pas la barre (derrière le mollet) comme sur l'autre table, tu vois. ». Sans réelle conviction, je l'invite à recommencer : « On essaye, allez... on ne va pas essayer, on le fait ! ».

Il me donne quelques recommandations : « on peut aller peut-être plus vite dans le mouvement, je sais pas. » Mais je ne l'écoute pas car je regarde mon téléphone et je lui dis que j'ai été dérangée par plusieurs appels lors du début de séance. Rassurée par le caractère non-urgent, je dépose mon téléphone en mode avion et reviens m'asseoir vers le patient qui s'est réinstallé à sa façon sur la table.

« Alors, non, il faut que tu t'avances, parce que si tu recules, ça ne va plus, tu vois »... après s'être avancé au bord de la table : « ça va aller ? tu ne vas pas tomber ? » Cela fait sourire le patient qui n'a visiblement aucun risque de chuter de la table dans cette position. Je profite de ce moment de connivence pour reprendre la séance en main.

« Je te laisse t'installer... respirer tranquillement... t'installer confortablement ... et je te laisse prendre consc...connaissance, enfin... ressentir un peu ce qui se passe au niveau de ton pied. Le pied droit de préférence, voilà, mais tu peux le faire au niveau des deux pieds, c'est comme tu le souhaites. De ressentir les sensations qui y a à l'intérieur... peut-être les tensions qui peuvent venir, partir... les idées, les pensées traversantes qui vont traverser ».

Monsieur T. effectue de grandes inspirations suivies d'expirations bruyantes. Je continue pourtant.

« Tu vas te concentrer sur les sensations que tu as de ce pied, pendant le long... au bord de la table. Du contact avec la chaussette, peut-être que l'élastique sert un peu plus au niveau du mollet... voilà, ressentir ce qu'il se passe dans cette jambe : influx nerveux, picotements ou tout simplement le pouls que tu peux ressentir. Voilà. Je te laisse bien respirer, détendre et t'inspirer de ce qui se passe à

l'intérieur de cette jambe... de la cuisse... et du bassin reposé sur la table, de tout son poids, voilà... je te laisse t'imprégner de ses sensations... et des sons aussi... qui peuvent être plus ou moins éloignés ou proches, autour... des sons qui peuvent venir dans la séance, perturber un peu, mais de toute façon ma voix te guide, voilà. » La respiration est plus pausée et je ressens que le sujet est détendu et attentif à mes indications.

« Je te laisse imaginer les couleurs qu'il y a dans cette jambe, les perceptions, voilà... peut-être un petit engourdissement. Au fur et à mesure que tu respirez amplement, la détente s'installe dans cette jambe, au niveau de ce genou, voilà »

« Et maintenant, on va imaginer, qu'on mette des ballons d'hélium sous le pied. On va attacher à la cheville un petit fils, à un ballon d'hélium. Et c'est intéressant de voir la légèreté de ce ballon qui s'élève, qui entraîne vers l'avant le pied, en même temps, vers le haut, tranquillement... peut-être un deuxième ballon d'hélium... un troisième... voilà... »

« Au fur et à mesure qu'ils grossissent vers l'avant, le pied va remonter tranquillement avec eux ... voilà... tout doucement. Je vais l'aider en tenant le pied... voilà, les ballons d'hélium font monter le pied. Et alors on en met plein en-dessous, et puis on en attache plein au-dessus, voilà... on en attache plusieurs, voilà, on attache les ballons d'hélium (je fais le geste d'attacher plusieurs fils). Le pied remonte délicatement. C'est intéressant cette légèreté qui se passe dans la jambe... Très bien. »

« Puis...on va retirer les ballons, on va les retirer tout doucement et on va laisser le pied revenir... à sa place. On va imaginer remettre des ballons d'hélium de l'autre côté, en arrière, par le talon... Voilà... on va en rajouter un, puis un autre, voilà, rajouter des ballons d'hélium, puis encore un autre. On va attacher ces ballons d'hélium au talon... voilà... dans toute leur légèreté... voilà... »

« On va prendre la partie rêve, la partie créative qui va rattacher les ballons d'hélium au talon... pour pouvoir faire remonter le talon le plus loin possible, par le haut, tranquillement, délicatement... très bien... c'est intéressant de voir comment c'est léger... C'est amusant, de constater que les ballons nous aident... très bien, sans tension... complètement relâché... voilà, les ballons d'hélium continuent à remonter encore, encore, encore, encore, encore... et on en met plein, plusieurs... c'est bien, c'est intéressant de voir qu'à l'intérieur du genou... tous les tissus sont détendus, relâchés...voilà »

Le patient reprend de puissante expiration.

« Sans effort, le talon peut remonter... détendus... relâché... naturellement... tout doucement... voilà...on peut en remettre plusieurs ballons... des petits, des gros... la partie créative va choisir ce qu'il est nécessaire d'avoir... pour remonter » La vidéo s'arrête automatiquement au bout de 30 minutes. Je me souviens que le patient est revenu de lui-même sans être réellement parti.

RESUME

Ce mémoire s'intéresse à l'accompagnement hypnotique lors de la rééducation fonctionnelle d'un patient ré-opéré à la suite d'une prothèse unicompartmentale de genou infectée.

En début de traitement, on observe une kinésiophobie légitime induite par l'intervention chirurgicale. Le patient protège volontairement, ou non, cette zone fragilisée et douloureuse. L'hypnose trouve ici un intérêt pour défocaliser le patient de la douleur, de sa peur de la douleur et entraîner une détente propice à la récupération de la mobilité du genou. Ainsi, l'hypnoalgésie participe à atténuer la douleur au niveau sensitivo-discriminatif, émotionnelle et cognitif.

De plus, l'application de l'hypnose sur la patientèle d'un cabinet de masso-kinésithérapie libérale facilite la relation que le thérapeute entretient avec le patient. La qualité du soin passe par l'alliance thérapeutique. De cette manière, l'hypnose apporte une grande aide à l'activité du masseur-kinésithérapeute.

Mots-Clefs : Hypnoalgésie – Kinésiophobie – Douleur – Relation thérapeutique