

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	<b>p. 2</b>
<b>1) Pourquoi une formation d'hypnose en tant que Kinésithérapeute ?</b> .....	<b>p. 2</b>
1.1) Le métier de Kiné	
1.2) Mes questionnements	
<b>2) Découverte de l'Hypnose</b> .....	<b>p. 4</b>
2.1) L'anamnèse	
2.2) Le lien	
2.3) Les mots, la voix	
2.4) Mise en place pratique, difficultés, solutions ?	
<b>3) Qu'est-ce-que l'algodystrophie ou SDRC (Syndrome Dououreux régional Complexe) de type 1 ?</b> .....	<b>p. 6</b>
3.1) Définition et critères de classification	
3.2) Epidémiologie	
3.3) Physiopathologie :	
3.4) La clinique :	
3.5) Les traitements et leurs limites	
3.6) Impact émotionnel de l'Algodystrophie	
<b>4) Apports de l'hypnose dans la prise en charge Kinésithérapique de l'algodystrophie chez l'adulte</b> .....	<b>p. 13</b>
4.1) Ce que j'ai tenté	
4.2) Ce que je n'ai pas encore tenté	
<b>5) Cas cliniques</b> .....	<b>p. 16</b>
5.1) Première expérience : Michel V	
5.2) Deuxième expérience : Isabelle S	
5.3) Troisième expérience : Sandra P	
5.4) Quatrième expérience : Mina M	
<b>6) Résultats</b> .....	<b>p. 30</b>
6.1) Questionnaire aux patients	
6.2) Résultats	
<b>Conclusion</b> .....	<b>p. 34</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>p. 36</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>p. 39</b>

## Introduction :

Masseur-Kinésithérapeute depuis une trentaine d'années, en exercice libéral, ma pratique est essentiellement manuelle, avec le choix délibéré de passer un temps exclusif avec chaque patient, afin d'offrir un temps et un espace de soins suffisants et aussi adaptés que possible à chacun.

Au fil du temps, au fil des rencontres de patients, des expériences, et des formations suivies, deux orientations se sont petit à petit dégagées : la Fasciathérapie et la Kinésithérapie pédiatrique, lesquelles ont répondu à mon besoin de rester dans une dimension humaine du soin et pas seulement technique.

Cependant, une composante me manquait, que je ne parvenais pas à saisir, et que je comprends depuis la rencontre avec l'Hypnose : c'est l'importance du mot, des mots, et de leur pouvoir d'accompagnement de la personne dans son parcours de soin.

L'objet de ce mémoire est de tenter de décrire comment l'apprentissage de cette merveilleuse méthode qu'est l'Hypnose Ericksonienne, a commencé à transformer ma pratique de Kinésithérapeute, à travers l'exemple du syndrome de l'Algodystrophie dont la prise en charge kinésithérapique est complexe. En effet, ce syndrome conjugue des symptômes simultanés de douleur, de restrictions de mobilité articulaire, et d'impact émotionnel.

Or par son action possible sur la douleur, la réhabilitation du mouvement et la diminution de l'anxiété du patient, l'Hypnose s'est avérée être un outil précieux, voire incontournable, dans ma prise en charge de cette pathologie et ouvre tout un champ des possibles s'agissant de ma pratique en général.

## 1) Pourquoi une formation d'Hypnose en tant que Kinésithérapeute ?

### 1.1) Le métier de Kinésithérapeute :

Le traitement Kinésithérapique intervient sur prescription médicale, après diagnostic précis et différentiel posé par le médecin. Avant tout traitement le Kinésithérapeute doit procéder au bilan diagnostic-kinésithérapique (BDK).

Ce bilan est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et comporte :

- L'évaluation initiale des déficiences (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire)
- L'évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur...)
- L'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles (évaluation des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle...).

- ✓ Ces évaluations permettent d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et les techniques les plus appropriés, le nombre et le rythme des séances.

Une fois ce BDK posé, se pose la question de la prise en charge.

Le référentiel du métier et des compétences des Masseurs-Kinésithérapeutes précise que nous devons être «*des spécialistes du mouvement et du geste perturbé*».

Le Décret de compétences stipule, entre autres, que le Masseur-Kinésithérapeute doit savoir :

- « - *Écouter, prendre en considération*
- *Identifier les risques liés aux techniques kinésithérapiques*
- *Traiter les conséquences des maladies*
- *Réduire, corriger ou limiter les déficiences et limitations fonctionnelles*
- *Traiter les troubles fonctionnels*
- *Participer au traitement de la douleur*
- *Participer au traitement des troubles somatiques*
- *Rechercher l'efficacité des soins prodigués..... »*

## 1.2) Mes questionnements :

Ce décret de compétences du kinésithérapeute est constitué de protocoles précis, essentiellement techniques, face à un problème physique. Ces protocoles sont structurés, efficaces la plupart du temps, mais il y manque l'aspect relationnel qu'implique la rencontre entre une personne soignante et une personne soignée, l'aspect humain de cette rencontre, pourtant essentiel, pour créer un lien de confiance nécessaire pour permettre au patient d'adhérer au soin.

Ainsi, une question se pose à moi dans ma pratique quotidienne et revient à mon esprit en permanence, sous différentes formes :

- Qui est le patient ?
- Comment vit-il son problème de santé ?
- Y a-t-il un impact émotionnel de la maladie, ou un contexte émotionnel ?
- Quels sont-ils ?
- Est-ce utile d'accompagner le patient dans cette dimension-là, simultanément ?
- De quelle façon ?
- Est-ce que cela peut contribuer à créer un lien de confiance nécessaire pour adhérer au soin ?

## 2) Découverte de l'Hypnose :

C'est alors que j'entends parler de l'Hypnose Ericksonienne, et c'est une étincelle de curiosité qui s'allume, comme une petite lumière dans mon esprit pour m'indiquer un chemin possible dans cette forêt de questions.

Le temps passe, mais cette petite lumière brille toujours et un jour, prenant leur courage à deux mains, mes pieds se posent sur le chemin de l'Hypnose et y font leurs premiers pas.

Au fur et à mesure de cette formation, je la ressens comme une aventure faite d'une succession de découvertes, de surprises, et aussi de remise en question bénéfique de mes regards et mes habitudes de pratique professionnelle.

### 2.1) L'anamnèse :

Parmi toutes les découvertes de cette formation, l'une de celle qui me touche le plus est l'anamnèse en Hypnose.

Au début, cela me paraît évident, simple, déjà connu et pratiqué :

=> écouter le patient ? mais bien sûr !!

En réalité, bien sûr que non !! Il me faut un certain temps pour entendre vraiment ce qu'écouter signifie :

Ecouter son patient c'est entendre SON besoin, c'est regarder et ressentir, AVEC lui, et lui donner « *juste ce dont il a besoin et non pas ce que l'on a besoin de donner* » (Amer Safieddine).

C'est entendre la plainte du patient, formulée par lui, et arrêter d'interpréter tout ce qu'il dit, arrêter de traduire ses mots en les remplaçant par les miens, c'est me mettre en position basse et l'accueillir dans sa singularité, dans tout ce qu'il est, ses pensées, ses croyances, sans jugement.

C'est loin d'être une évidence, loin d'être facile, tellement les réflexes sont là et les habitudes solidement en place, à tel point qu'il me faut une grande vigilance pour tenir ces réflexes à distance et rester présente, réellement et totalement, à la personne qui est en train de me parler d'elle .

Quelle remise en cause de ma posture de professionnelle soignante ! mais ô combien plus intéressante ...

### 2.2) Le lien :

Parmi les autres découvertes surprenantes et touchantes qu'offre l'apprentissage de l'Hypnose, il y a le LIEN, car « *le lien est ce qui donne du SENS* ». (Amer Safieddine)

La pratique de l'Hypnose demande de s'habituer à créer des liens, à donner un sens à un problème car « *la porte ouverte à un problème est la porte ouverte à la solution* » (Amer Safieddine). Créer des liens, donner du sens, permet de faire émerger la motivation du patient, ce qui lui permet de redevenir acteur de sa guérison ou de son changement, en sollicitant ses ressources, au lieu de subir son parcours de soins.

Donner un sens à un problème ? C'était loin de ma pratique : un problème physique d'un patient demandait une action immédiate de ma part. La solution au problème devait être apportée par une action technique extérieure au patient.

Il me manquait une dimension. C'est cette notion de sens, elle répond au questionnement qui est à l'origine de ma démarche de formation en Hypnose.

### 2.3) Les mots, la voix :

Accompagner quelqu'un par l'Hypnose suppose d'être soi-même en état d'Hypnose (ce qui est très agréable), et suppose d'accompagner la personne par la voix.

La parole, les mots prononcés, la ratification (*qui consiste à approuver verbalement toute manifestation du patient, et à valider régulièrement ce qui se passe pendant le travail thérapeutique, en utilisant le « très bien », « excellent » ...*) sont très importants en Hypnose, ce qui constitue une découverte fondamentale pour moi, car cela m'a montré à quel point je pouvais facilement être « absente » au patient, sans m'en rendre compte.

En effet, accompagner par la voix et la parole implique une présence totale et constante à l'autre pendant la durée de la séance, et cela enrichit les couleurs de celle-ci.

### 2.4) Mise en place pratique, difficultés, solutions :

Pratiquer l'Hypnose pendant une séance de Kinésithérapie, concrètement, comment faire ? Cela suppose d'adapter ma pratique, mon organisation, car je rencontre plusieurs contraintes :

- Le paramètre temps :

Après plusieurs essais chronophages, j'opte pour scinder en deux le premier rendez-vous. Je décide de consacrer le 1er rendez-vous à l'anamnèse, avec un temps imparti de 45mn, et d'effectuer la séance d'Hypnose au second RV en y associant le soin de Kinésithérapie, avec un temps imparti de 30mn.

Les premières tentatives se révèlent laborieuses, j'ai dépassé largement et systématiquement le temps imparti, et surtout la plus grosse difficulté, fut ,et reste encore, dans la séance de soins, de synchroniser le temps d'Hypnose avec celui du soin manuel, c'est-à-dire une fois l'induction réalisée, et en transe hypnotique moi-même, de réussir à maintenir ma parole tout en me concentrant sur un geste technique et faire en sorte que les deux soins se synchronisent (parfois j'ai fini le travail d'Hypnose alors que mes gestes techniques manuels ne sont pas terminés).

Je pense trouver la bonne harmonisation temporelle entre les soins, au fur et à mesure de ma pratique à venir.

- L'installation :

Assis, couché ? Dans ma pratique de Kiné, j'installe les patients en position couchée, même s'il s'agit d'une atteinte au poignet, car il me semble que cette position favorise leur détente.

Une question pratique se pose alors : si mon patient a besoin d'être allongé à plat ventre pour le soin kinésithérapique (par exemple je souhaite m'occuper de son pied, cheville et triceps), dans cette position, je ne peux pas réaliser de catalepsie avec son bras, puis-je alors en réaliser une avec son autre pied, sachant qu'une jambe est plus lourde qu'un avant-bras ?

J'ai testé une fois, j'ai réalisé la catalepsie avec le pied et la jambe d'une patiente (flexion du genou) et cela a fonctionné. Vers le milieu de la séance, son pied est un peu redescendu, mais est resté relevé, et elle m'a dit ne pas avoir senti qu'elle l'avait maintenu en l'air. Il faudra que je le tente de nouveau....

- Le toucher :

Est-ce que je préviens le patient avant de le toucher ? et à quel moment je le touche, avant la fermeture des yeux, juste après, pendant l'induction ? juste après celle-ci ?

Après plusieurs essais, le parti pris actuel est de poser mes mains pendant l'induction somato-sensorielle, à un moment qui me paraît propice pour le lui indiquer : *« c'est très bien, pendant que tu profites de chacune de ces sensations que produisent tes sens , je vais m'occuper agréablement de toi, et ton poignet droit perçoit maintenant le contact de mes mains qui se posent sur ton poignet gauche, lequel est en train de sentir ce que perçoit ton poignet droit de la légèreté profonde du contact de mes mains sur ton poignet gauche, excellent .... »*

### 3) Qu'est-ce que l'Algodystrophie ou SDRC (Syndrome Douloureux Complexe) de Type 1 ? :

Comme énoncé dans l'introduction, j'ai choisi d'illustrer ma pratique de l'Hypnose à travers l'exemple du syndrome de l'Algodystrophie, dont la prise en charge kinésithérapique est complexe.

En effet, l'Algodystrophie est un syndrome inflammatoire douloureux qui illustre les limites que je ressens par moments, dans mon métier et la ressource que représente l'Hypnose dans sa prise en charge.

Ainsi, outre le symptôme de la douleur, qui empêche tout mouvement au début de la maladie, et qui est la priorité et l'urgence à traiter, notamment à l'aide de l'Hypnose, outre la complexité et la diversité des tableaux cliniques rendant sa prise en charge Kinésithérapique difficile, ce syndrome induit une déstabilisation émotionnelle profonde du patient, qu'il faut selon moi accompagner simultanément à la prise en charge kinésithérapique.

Par ailleurs, les patients atteints de ce syndrome décrivent souvent un épisode ou un sentiment de perte de confiance au cours de leur parcours de soins (1). Il me semble que la séance de Kinésithérapie devrait constituer un lieu de sécurité, qui permette au patient de se sentir accueilli dans cette dimension émotionnelle et pas seulement sur l'aspect mécanique, articulaire, musculaire de leur problème, et en cela l'Hypnose me paraît un outil très adapté, à associer dans la prise en charge de ce syndrome, ce qui commence à apparaître dans la littérature (1-3)

#### 3.1) Définition et critères de classification :

La première description clinique de ce syndrome a été réalisée en 1634 par Ambroise Paré, et ses critères diagnostiques ont régulièrement été ré-évalués depuis. Il existe un SDRC de type 1 et un SDRC de type 2.

En 1986, l'IASP en donne la définition suivante pour le type 1 : « *douleur continue affectant une extrémité après un traumatisme, y compris avec fracture, mais n'impliquant pas de tronc de nerf, associé à une hyper activité sympathique* » (dans le SDRC de type 2, il y a atteinte obligatoire d'un nerf périphérique, ou d'une de ses branches ou un tronc).

Cependant l'Algodystrophie n'est pas toujours secondaire à un traumatisme, et il existe des formes primitives. Plusieurs études ont souligné le manque de spécificité des critères diagnostiques actuels, et l'existence de différents profils d'Algodystrophie. Le diagnostic de SDRC est principalement clinique. L'IASP a publié en 2007 de nouveaux critères opérationnels pour le diagnostic clinique des SDRC : les « critères de Budapest » (4).

« Le SDRC se caractérise par la présence d'une DOULEUR :

- Régionale, persistante et disproportionnée par rapport à l'élément déclencheur, associée à au moins symptôme dans 3 des 4 catégories suivantes :
  - Symptômes sensitifs : hyperesthésie et /ou allodynie (douleur provoquée par une stimulation normalement indolore)
  - Symptômes vasomoteurs (température et/ou couleur de peau)
  - Symptômes sudoro-moteurs (œdème et/ou transpiration)
  - Symptômes moteurs et /ou trophiques : réduction d'amplitude articulaire et /ou dysfonction motrice (déficit, tremblements, dystonie) et/ou modifications trophiques (poils, ongles, peau)(5)
  
- Accompagnée à l'examen d'au moins 1 signe clinique dans 2 ou plus des 4 catégories suivantes :
  - Signes sensitifs (idem)
  - Signes vasomoteurs (idem)
  - Signes sudoraux et/ou œdème (idem)
  - Signes moteurs (idem) »

On peut ainsi résumer le SDRC de type 1 comme :

- Un syndrome douloureux continu et invalidant, articulaire et périarticulaire, avec allodynie et/ou hyperalgésie (et la douleur est disproportionnée par rapport au temps et à l'élément déclencheur), un évènement initial délétère ou une cause d'immobilisation (sans atteinte nerveuse) (5,6)
  
- L'Algodystrophie est une maladie bénigne, avec une durée d'évolution variable, de 6 à 48 mois. On décrit habituellement 3 phases : une phase chaude, inflammatoire, très douloureuse, une phase froide caractérisée par une diminution nette, voire une disparition, de la douleur spontanée mais l'installation d'une raideur articulaire, puis la guérison. Parfois, de façon beaucoup plus rare, on peut observer des séquelles atrophiques avec rétraction des tendons.

### 3.2) Epidémiologie :

#### 3.2.1) Population :

Le SDRC touche en majorité des femmes, avec un âge médian de 42 ans.

Une prévalence d'environ 25 pour 100 000 personnes (5), et une incidence de 5,46 pour 100 000 personnes par an.



### 3.2.2) Etiologies (5bis)

- Traumatiques (entorse, fracture, geste chirurgical, immobilisation...)  
Le syndrome peut apparaître quelques jours à quelques mois après l'évènement déclencheur
- Viscérales (coronaropathies, infarctus du myocarde, anévrisme de l'aorte, maladies pulmonaires, pleurales, hernies hiatales...)
- Grossesse (3<sup>ème</sup> trimestre ou post-partum, atteinte de hanche le plus souvent)
- Iatrogènes (traitement médicamenteux de l'épilepsie et de la tuberculose, des greffes rénales ou cardiaques...)
- Le terrain psychologique, longtemps évoqué, est très controversé, et aucune étude n'est fiable ni concluante à ce sujet (7,8)
- Troubles métaboliques (diabète, hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie, hyperuricémie, éthylysme)
- Susceptibilité génétique : certains travaux suggèrent un mécanisme génétique
- Les atteintes primitives : environ 6 à 30 % des cas

### 3.2.3) Localisations :

Le SDRC toucherait environ 2 fois plus souvent (5bis) les membres supérieurs que les membres inférieurs, avec atteinte de la main seule, ou atteinte couplée de l'épaule dans le « syndrome épaule-main ». La prédominance du membre dominant n'est pas établie de façon certaine. Les atteintes du membre inférieur concernent essentiellement le pied.

D'autres parties du corps pourraient être concernées (cage thoracique, vertèbres, sternum) mais sans confirmation littéraires à ce jour.

### 3.3) Physiopathologie :

La physiopathologie semble très complexe et reste controversée, elle a fait l'objet de nombreuses études, qui soulèvent plusieurs hypothèses. Une des plus récentes suggère une interaction entre plusieurs mécanismes (4,8,9,10).

- Une maladie inflammatoire :

Il existe des preuves convaincantes d'inflammation neurogène facilitée dans le SDRC. Comme on le reconnaît de plus en plus, les effets des neuropeptides pourraient notamment expliquer les symptômes trophiques et autonomes tels que l'œdème, l'érythème et l'hyperhidrose.

- Dysfonctionnement autonome :

Les hypothèses actuelles des données littéraires, font état de perturbations autonomes distinctes du SDRC qui suggèrent une atteinte du système nerveux sympathique dépendant du stade de la maladie.

- SDRC : une maladie nerveuse centrale

Des études récentes soulignent le rôle crucial du système nerveux central dans la physiopathologie du SDRC (8)(9) . Non seulement les modèles complexes de dysfonctionnement autonome mais également les symptômes moteurs et sensoriels impliquent des altérations du système nerveux central :

- Muscles parétiques dans le membre affecté
- L'amplitude de mouvement actif est limitée, alors que le mouvement passif est souvent possible.
- Une myoclonie ou une dystonie peuvent survenir
- Environ 50% des patients ont un tremblement physiologique accru
- A l'imagerie fonctionnelle : *« la représentation corticale de la région affectée dans le cortex somatosensoriel primaire (8) est réduite de façon spectaculaire. La quantité de réorganisation était positivement corrélée à l'étendue de l'hyperalgésie mécanique et à l'intensité de la douleur du SDRC. Les modifications corticales plastiques sont réversibles sous traitement suffisant. La réorganisation centrale rappelle les aberrations somatotopiques observées chez les patients souffrant de douleurs au membre fantôme. Les altérations plastiques du système nerveux central pourraient expliquer les symptômes sensoriels complexes (par exemple, perte sensorielle en stock de gants, sensation de « main étrangère ». Un manque de réorganisation peut être un facteur important pour la chronicisation de la douleur.*

*Enfin, les patients atteints de SDRC montrent une réorganisation significative des circuits moteurs centraux » (10)*

### 3.4) La Clinique : (5,11)

Les symptômes du SDRC sont variés, mais comprennent trois éléments caractéristiques constitués de perturbations autonomes, sensorielles et motrices. Les proportions respectives de ces éléments ainsi que leur intensité peuvent varier considérablement selon les individus, et ces symptômes vont changer dans le temps.

### 3.4.1) Troubles autonomes et trophiques

- Présence d'un œdème distal, présent dans 80% des cas.
- Changements de température de la peau d'au moins 1°C sur la partie du corps touchée dans 80% des cas. Au début, le membre affecté est principalement chaud. Chez environ 40% des patients, la température de la peau diminue au cours de l'évolution de la maladie
- Couleur de la peau est souvent rouge en phase de début mais plutôt pâle en phase « froide » et chronique
- Transpiration altérée du membre affecté, l'hyper sudation étant plus fréquente que l'hypo sudation.
- En cas de chronicité de la maladie, la peau et les muscles peuvent être atrophiés, et la mobilité articulaire peut être fortement restreinte par des rétractions musculaires.

### 3.4.2) Troubles sensoriels :

Concerne près de 90% des patients :

- La douleur et l'hyperalgésie sont des symptômes clés du SDRC. Souvent décrite comme une douleur spontanée, brûlante, traînante ou piquante, lancinante plus souvent dans les structures profondes (muscles et os), que dans la peau
- Elle peut être aggravée par l'anxiété, l'exercice ou les changements de température
- Souvent plus prononcée la nuit
- L'hyperalgésie mécanique ou l'allodynie sont souvent décrites.
- Toute mobilisation ou mise en charge accentue la douleur.

### 3.4.3) Dysfonctionnement moteur :

- Perte de mobilité : au début l'amplitude des mouvements peut être altérée par la présence d'un œdème, plus tard par des contractures et des fibroses et rétractions musculaires.
- Des symptômes de type négligence ont été décrits, sensation de membre «étranger», «exclu».

L'Algodystrophie induit une véritable impotence fonctionnelle, avec un impact familial, social et professionnel.

### 3.5) Les traitements et leurs limites :(10,12)

Les traitements de ce syndrome sont nombreux et controversés, il n'existe pas de protocole de référence.

Les objectifs sont de diminuer les douleurs, de réduire le délai d'évolution, et d'éviter les séquelles ostéoarticulaires.

### 3.5.1) Les traitements médicamenteux :

Essentiellement des antalgiques, et anti-inflammatoires (AINS), des infiltrations locales de corticoïdes, autres médicaments dont les bêtabloquants, la calcitonine, et les blocs sympathique régionaux, et autres techniques d'anesthésie, mais les études à leurs sujets sont anciennes ou contradictoires et aucun traitement n'est encore validé scientifiquement, peut-être en partie parce que la compréhension de la physiopathologie de ce syndrome est encore incomplète.

### 3.5.2) La Kinésithérapie :

Elle est indispensable et est à ce jour la seule prise en charge dont les effets bénéfiques sont connus (10,12) Son objectif est d'améliorer progressivement la force et la souplesse de la zone affectée, elle doit s'adapter à la phase de la maladie et au tableau clinique du patient, en recherchant à :

- Diminuer la douleur
- Diminuer l'œdème s'il y en a un
- Récupérer progressivement la mobilité, en restant infra douloureux afin de ne pas relancer l'inflammation.
- Restituer la force musculaire
- Corriger les réflexes de posture
- Effectuer une rééducation fonctionnelle

### 3.5.3) Autres traitements de l'Algodystrophie :

La kinésithérapie est souvent associée à l'Ergothérapie lorsque l'atteinte concerne le membre supérieur, et à une prise en charge Psychologique et Sociale, notamment lorsqu'il faut envisager une réorientation professionnelle

## 3.6) Impact émotionnel de l'Algodystrophie :

Pour la suite de ce document, j'ai choisi d'utiliser le terme d'Algodystrophie (et non SDRC) par souci de simplification.

Les patients atteints de ce syndrome, qui ont accepté que je les accompagne avec l'Hypnose décrivent tous :

- Un sentiment de perte de place :
  - Dans la sphère familiale
  - Dans la sphère sociale et /ou Professionnelle

Ce sentiment est fortement lié à l'incapacité fonctionnelle (je me sens « *handicapé* »), la personne se sent atteinte directement dans son identité, elle éprouve un sentiment d'inaptitude (je ne « peux pas faire »).

- Une anxiété liée à :
  - La douleur en phase chaude et/ou froide
  - La difficulté et/ou l'impossibilité de se projeter dans l'avenir car il y a de l'incertitude concernant :
    - La durée de la maladie : souvent très longue de 6 à 48 mois
    - La guérison : sera-t-elle partielle ? totale ? aurais-je des séquelles ?
    - La raideur articulaire
    - La rétraction musculaire ou fasciale
    - La forme ou l'aspect visuel de la zone touchée, selon la présence ou pas d'œdème, de rougeurs, de pâleur, de sudation, de déformation « *pas comme avant* », « *pas normal* », « *laid* », « *déformé* » », « *moche.....* »

- L'impact sur l'environnement familial :

Cette maladie est souvent mal comprise par l'entourage, les signes sont plus ou moins visibles selon la localisation et le stade d'évolution. Par exemple, parmi mes patients, pour une personne se déplaçant en béquilles et/ ou ayant beaucoup de signes vasomoteurs visibles, la perception par l'entourage est différente par rapport à une autre dont le poignet atteint s'est redressé, a retrouvé une couleur normale, qui réussit à conduire et à faire beaucoup de tâches ménagères, en compensant son impotence fonctionnelle par de nombreuses astuces.

Pour cette personne l'aspect extérieur, visible par l'entourage, semble « normal », pourtant , la douleur apparaît dès que cette personne « force » sur l'articulation , et pour l'instant l'extension du poignet en mobilité active est d'à peine 5 degrés, ( 10 à 15 degrés en passif), mais son entourage ne voit pas qu'elle est encore en « incapacité », qu'elle n'est pas guérie, et cela est source de tensions familiales qui surajoutent de l'anxiété à celle déjà induite par la pathologie elle-même .

- L'impact social et professionnel

En phase chaude, la douleur est permanente et son intensité très élevée, difficilement supportable, ce qui empêche une vie sociale « normale ». Les patients décrivent une fatigue, un besoin de se replier sur eux et chez eux, ils décrivent ne pas se sentir capable de suivre une conversation entre amis, ou de poser leur attention sur quelque chose, tellement la douleur est « envahissante » et « accaparante ». Ils ont ainsi tendance à s'isoler socialement. Ils sont aussi très peur de certains gestes « relationnels », par exemple pour Michel V., lorsqu'une personne veut lui serrer la main pour dire bonjour, alors que ce sont le poignet et les doigts qui sont atteints et que le moindre contact intensifie la douleur.

Pour Isabelle S. qui marche avec des béquilles, comme pour Sandra P. dont le poignet était enflé et déformé pendant plusieurs mois, il y a une forte appréhension du regard des autres. Professionnellement, l'impact est immédiat, puisqu'une Algodystrophie entraîne un arrêt de travail dès le diagnostic posé, le repos étant considéré comme un facteur indispensable au

processus de guérison. L'enjeu professionnel est ensuite lié à la durée de la maladie. En effet, celle-ci dure de 6 à 48 mois, avec une moyenne de 24 mois, ce qui est très long pour un arrêt de travail et peut avoir des conséquences importantes telles un licenciement pour inaptitude. C'est ce qui est arrivé à ma patiente Isabelle S. qui était salariée.

Pour ma patiente Sandra P. installée à son compte, dans une boutique de réparation d'ordinateurs et de téléphones portables, elle s'est trouvée contrainte de fermer son entreprise, n'ayant plus de rentrées financières.

Michel V. travaille à domicile, en tant que famille d'accueil avec son épouse, et peut continuer son rôle « d'éducateur ». Quant à Mina M., elle était déjà en arrêt de travail pour lombalgie et périarthrite scapulo-humérale bilatérale.

En revanche, l'apparition de l'Algodystrophie à la suite de l'intervention chirurgicale de son épaule droite, prolonge d'autant plus son arrêt de travail, or elle arrive en fin de droits et risque un licenciement (selon que son employeur statue pour une maladie professionnelle ou pas), ce qui rajoute beaucoup d'anxiété chez elle : « qu'est ce que je vais devenir ? ».

Ainsi, selon la personnalité de chacun et la sécurité matérielle apportée ou non par l'entourage familial, l'impact professionnel de cette maladie peut s'avérer terriblement anxiogène.

## 4) Apports de l'Hypnose dans la prise en charge Kinésithérapique de l'Algodystrophie chez l'adulte :

### 4.1) Ce que j'ai tenté (cf cas cliniques Chapitre 5) :

- **Certaines techniques d'analgésie :**

Puisque la douleur est une composante systématique de l'Algodystrophie et que l'Hypnose a un effet analgésique connu (13) :

- Fractionnement
- Le contact de mon doigt sur la peau qui infuse un produit anesthésiant

- **La progression en âge**, avec suggestion d'état guéri (être et faire « comme avant »)

- **La métaphore imbriquée**, de la solution adaptée au problème : cette technique consiste à introduire deux métaphores pour jouer sur les états modifiés de conscience, elle peut être très efficace avec les sujets résistants. Pendant la restitution du souvenir agréable (ou d'un moment agréable d'apprentissage) , on introduit une métaphore universelle du changement, suivie au moment opportun, d'une métaphore adaptée au problème du patient, puis on reprend la métaphore universelle et on avance à l'intérieur de celle-ci pour favoriser le changement. Cette technique me paraît très pertinente pour ces patients atteints d'Algodystrophie car la lenteur de l'évolution de cette maladie est particulièrement anxiogène, les patients ont l'impression que « rien ne bouge, que ça n'avance pas ». Renforcer la notion de changement les aide à reprendre confiance dans la possibilité de guérison.

- **L'hallucination positive** (avec illusion du mouvement, de plus en plus lent) pendant la restitution du S.A. : Parmi les rares articles que j'ai pu trouver qui traitent de l'utilisation de Kinésithérapie sous Hypnose pour le traitement des Algodystrophies, il en est un qui met largement en avant cette technique (1). Comme lors de la rééducation d'un membre fantôme, les mouvements volontaires suggérés sous Hypnose sollicitent les neurones miroirs et canoniques, ce qui stimule les aires prémotrices frontales postérieures (aire de Broca). Or ce sont ces zones topographiques qui sont perturbées chez les patients souffrant d'Algodystrophie. Ainsi sous Hypnose, le cerveau projette l'action avant de la réaliser, il reproduit le geste acquis ou mimé., ce qui permet de récupérer progressivement la mobilité articulaire, le déroulement du geste et de réintégrer le membre « exclu ».
- **La suggestion indirecte « absence de citation »** : elle consiste à ne pas citer le désir du patient. Ne pas citer un élément essentiel permet de mettre celui-ci en relief. Dans le cas de Michel V. par exemple, qui est complètement focalisé sur le geste de « pince » avec sa main, qu'il voudrait à tout prix réussir à faire, pour des raisons fonctionnelles pratiques du quotidien, mais aussi parce que cela représente pour lui « LE » geste, celui qui acterait sa guérison : « *si je peux faire ça, je peux tout faire* ». C'est un désir fort, c'est pour cette raison que j'ai pensé à cette technique mais je ne suis pas sûre de sa pertinence dans le cas de l'Algodystrophie. J'ai essayé de restituer un souvenir agréable sans citer le désir de Michel V. Mais pour l'instant cela n'a rien changé. Enfin, pour être plus précise, il parvient à faire le geste mais n'est pas satisfait car il manque de force, donc maintenant, il faut prendre en considération le désir d'avoir de la force dans ce geste (et pas seulement parvenir à le réaliser) .

#### 4.2) Ce que je n'ai pas encore tenté

- **La régression en âge** : pour revisiter un moment mal vécu qui précède l'apparition de l'Algodystrophie. En effet, certains de mes patients m'ont raconté un épisode douloureux dans leur parcours de soin, auquel ils ne s'attendaient pas, et qui les a fortement inquiétés.

Deux exemples parmi mes patients :

- Michel V. : après son opération du canal carpien, le chirurgien décide de lui faire une infiltration dans le poignet à la suite d'une tendinite du pouce. Le chirurgien pratique une première piqure, qui s'avère être très douloureuse, Michel est surpris par la douleur, puis le chirurgien lui annonce qu'il va faire 2 autres injections à la suite de celle-ci, Michel éprouve une 2ème mauvaise surprise : « *on ne m'avait pas prévenu qu'il y aurait 3 injections et que cela faisait si mal* », et ressent une forte inquiétude car la douleur de la première injection est toujours là et à peine supportable. Le chirurgien réalise la 2ème injection et annonce que le produit a assez diffusé, et que la 3ème piqure n'est pas nécessaire. L'Algodystrophie apparaît quelques jours après. Ce souvenir est très vif et précis pour Michel, il en a parlé dès la première séance et dit ressentir la même intensité de colère et d'inquiétude à chaque évocation de ce souvenir.

Sur le moment je n'y ai pas prêté grande attention, mais il m'en a reparlé récemment et je me suis dit qu'il faudrait essayer d'utiliser la « régression en âge » pour lui permettre de revisiter cet évènement en le transformant de façon à modifier le vécu de manière positive. Je lui ai ainsi demandé comment il aurait voulu que cela se passe s'il avait pu agir sur la situation. Et je vais l'utiliser lors de la prochaine séance.

- Sandra P. : deux expériences anxiogènes
  - Après l'intervention chirurgicale pour redresser sa fracture du poignet, une gouttière plâtrée est posée. Sandra décrit avoir ressenti très vite une sensation de « serrage », de « compression », qui devient très douloureuse, elle le signale mais personne ne semble s'en inquiéter et elle reste avec la douleur et l'inquiétude jusqu'à l'ablation de la gouttière, environ 15 jours après, une Algodystrophie est constatée.
  - L'autre expérience anxiogène est la première anesthésie locale durant laquelle l'anesthésiste pratique une injection dans son creux axillaire, et « tourne » l'aiguille, ce qui provoque une douleur vive. Sandra le lui dit, il répond qu'il n'a pas le choix. Elle dit avoir eu l'impression qu'elle allait s'évanouir. Je lui ai demandé ce qu'elle aurait aimé qu'il lui réponde ou fasse et je vais l'utiliser aussi lors de la prochaine séance, ou bien utiliser la technique d'amnésie.

Trois patients sur quatre que j'accompagne pour leur SDRC, décrivent un épisode douloureux mal vécu émotionnellement, en amont de l'installation de leur Algodystrophie.

Les données littéraires indiquent que la plupart des Algodystrophies sont précédées d'un évènement déclencheur (traumatique ou pas), et qu'il semble qu'un des mécanismes d'installation du SDRC soit une intégration anormale de la douleur au niveau du SNC.

Dans ce contexte, il me semble que revenir en Hypnose sur cet évènement déclencheur, en revisitant le versant émotionnel ressenti dans l'instant, pourrait peut-être aider le processus de guérison.

- **Les autres techniques d'analgésie, dont « associer et conditionner »**
- **Ce que j'ai pu lire dans la littérature (1-3)**
  - La Suggestion d'une communication entre côté G et Côté D en faisant du membre sain une ressource et l'autre membre = problème  
=> mise en commun du problème et des ressources
  - Puis mettre accent sur intégrité corporelle, pour résoudre l'exclusion du membre, car pour la plupart des patients, la partie touchée par le SDRC devient une partie « étrangère » à leur corps.
  - L'auto-Hypnose : elle représente l'utilisation par soit même des états modifiés de conscience. D'après GAINER (1), éduquer ses patients à l'auto-hypnose avec une



utilisation quotidienne, à raison de 3 ou 4 séances, contribue considérablement à faire disparaître les symptômes de l'Algodystrophie.

## 5) Cas cliniques :

### 5.1) Première expérience : Michel V.

#### ➤ Anamnèse initiale :

Quand je rencontre Michel, il a une algodystrophie du poignet droit depuis 8 mois, à la suite de l'opération du canal carpien. A notre première rencontre, son poignet ne présente pas de signes vaso-moteurs sauf un petit œdème sur le dessus (cf 2 photos ci-dessous), il a récupéré 35 degrés de Flexion et 10 degrés d'extension, mais se plaint de douleurs et raideur. A priori il est en phase froide, mais avec persistance de douleurs ;



- **Description du problème :** « Poignet douloureux, emprisonné, sclérosé, bloqué  
Pas de force dans la main ni l'avant-bras »
- **Ressources :** bricolage, sport en extérieur, surtout en montagne, être dans la nature, contact humain, aider les autres, organiser, conseiller.
- **Vakog :** Visuel, kinesthésique
- **Mots clefs :** bricoler, paysage, immersion, fascination, participer, aptitude, place, activités, petits-enfants, tribu, partager, paisible, organisation, franc-parler, aider l'autre, curieux, arbitrer, conseiller, ouverture, intérêt des autres
- **Personne ressource :** son père : « *m'a appris à bricoler, en me prenant avec lui, je l'ai observé, il m'a fait ce que je suis, je me retrouve beaucoup en lui, franc-parler, même s'il était dur, élevé à l'ancienne, honnête, m'a beaucoup appris, et soutenu dans mon projet* »

#### ➤ Anamnèse de la douleur :

- Douleur : forte, prend toute la place
- Intensité (échelle EVA) =

Actuelle : 9

Acceptable :4

Souhaitée : 0

- Circonstances : au mouvement, dès qu'action avec la main
- Aucun médicament
- Topographie : sur le dessus et au centre du poignet
- Forme = rectangle : largeur 4cm, longueur 6 cm, profondeur 1 cm
- Température : tiède
- Poids : poignet ankylosé, tissus imbriqués, adhérents
- Consistance dure : sensation de tendons hypertendus, tissus serrés entre eux, reliés, imbriqués, attachés, agglomérés, adhérents

*« Comme une forme de protection du poignet qui bloque tout pour ne pas souffrir »*

Poignet bloqué sur Extension et Flexion

*« Forte appréhension de tomber dessus et que tout s'arrache ou se casse comme du verre »*

- Contenu : homogène = nœud osseux
- Empêchement
- Douleur depuis avril 2018 avec augmentation
- Aucune force dans la main ni le poignet

➤ **Réification** : plaque de PVC rigide

➤ **Fractionnement** : *« je le chauffe pour le ramollir, ensuite je le range dans le garage, ça peut resservir. »*

➤ **Souhait à la première séance** :

- *« Être comme avant, normal, un poignet indolore, qui fonctionne normalement, que je ne sens pas, qui remplit son rôle, qui sert à tout »*
- *« Que l'articulation redevienne normale = qu'elle bouge dans tous les sens, on fait ce qu'on veut avec. Actuellement elle est bloquée dans ses mouvements les plus élémentaires »*

**L'option que je choisis : Analgésie** (car Michel se plaint surtout de la douleur à cette première séance)

J'installe Michel en position allongée sur la table, et après l'induction, j'utilise le fractionnement, en suggérant qu'il fait chauffer la « plaque de pvc », qu'il l'enlève dès qu'elle est suffisamment molle, et qu'il la range dans son garage », en vérifiant chaque étape à l'aide du signaling.

**Effets** : à la séance suivante, quinze jours après, Michel décrit une nette diminution de l'intensité de la douleur. Il a recommencé à bricoler, il rénove un appartement qu'il souhaite ensuite mettre en location, il peint les murs et les plafonds à l'aide d'une perche qu'il parvient à tenir, il pose des parquets avec un copain. La douleur n'apparaît plus dès le début du mouvement du poignet, elle apparaît lorsqu'il il force sur les amplitudes.

### ➤ Souhait à la Deuxième séance :

**Michel :** « Saisir une bouteille d'eau et la soulever. Pour moi, ne pas réussir à le faire ce geste représente 80% de handicap dans les gestes quotidiens »

**Cathy :** « En quoi c'est important dans votre quotidien, qu'est-ce que cela représente pour vous de réussir à faire ce geste ? »

**Michel :** « Si je retrouvais cette aptitude à faire, je verrais la vie différemment, ma vie serait plus libérée, plus facile, plus naturelle, spontanée »

« Je pourrais participer à la vie quotidienne de la maison, et surtout aider Sylvie. Je pourrais partir en vélo de nouveau avec mes petits-enfants, faire des activités avec eux ».

**Cathy :** « Pouvez-vous reformuler votre souhait en une phrase positive ? »

**Michel :** « Je voudrais retrouver ma capacité à exercer des gestes qui me permettent de m'aider et d'aider mon entourage ».

### ➤ Option choisie pour cette séance : métaphore imbriquée

En utilisant des verbes moteurs, verbes d'action, en rapport avec « saisir » :

= Attraper, agripper, prendre, s'emparer, saisir

Séance : Michel a raconté un souvenir agréable d'une journée dans les Pyrénées, en juillet, pour aider des amis à la transhumance de leurs animaux, 3 chevaux et 3 ânes, il y a une dizaine d'adultes et quelques enfants, une vraie « tribu nomade », les enfants montent à tour de rôle sur les chevaux et les ânes, tenus par les adultes, il y a une pause pique-nique sur un plateau herbeux, et une traversée de forêt avant d'arriver aux chalets.

Au cours de la restitution du souvenir, je lui décris la situation lorsque c'est son tour de tenir les rênes de l'âne, (puisqu'il en a parlé dans son souvenir), qu'ainsi il prend sa place dans la tribu nomade, sans nommer ce que font ses mains, je dis seulement que c'est lui qui tient et guide l'âne, et que l'enfant se sent en parfaite sécurité.

La marche durant 12 heures, je peux introduire une métaphore universelle du changement : « pendant ce temps-là, le soleil continue son ascension dans le ciel, la lumière se fait plus vive, la montagne révèle ses couleurs magnifiques, l'air se réchauffe agréablement... (Vakog visuel et kinesthésique) », je continue la restitution, puis, lorsqu'ils entrent dans la forêt, « vous reconnaissez cet endroit, où vous êtes déjà venu l'année dernière, il vous est familier car tout ce qui est connu est reconnu (= truisme), et tandis que vous observez avec plaisir ce lieu familier, un écureuil apparaît au pied d'un arbre, s'empare d'une noisette,(= métaphore imbriquée) puis s'agrippe au tronc avec facilité et agilité et remonte dans son nid, puis réapparaît, redescend et recommence , il constitue un stock pour l'hiver prochain, pour nourrir toute sa famille».....puis je continue la description du souvenir, puis nouvelle métaphore universelle du changement :« tandis que le soleil commence à infléchir sa trajectoire dans le ciel, les ombres des arbres s'allongent sur le sol, une fraîcheur bienfaisante vous enveloppe petit à petit », puis fin du souvenir.

Pendant toute la durée de l'hypnose, mes mains sont posées sur le poignet de Michel, je mobilise en douceur ses articulations, et pratique des étirements, j'essaye d'aller doucement dans la résistance tissulaire, pour regagner de l'amplitude articulaire.

Juste après la séance, Michel dit avoir passé un moment très agréable, n'avoir pas senti de douleur dans son poignet, même s'il percevait que je le touchais, et qu'il était dans son souvenir.

### ➤ Souhait à la troisième séance

**Michel :** « *j'arrive à soulever une bouteille d'eau, ça y est, ce que je voudrais maintenant, c'est : pouvoir actionner la pince, entre mon pouce et mon index et avec les autres doigts, pour dévisser des bocaux, des pots de confiture ou ouvrir des huîtres, si je peux faire ça je pourrai tout faire* »

**Cathy :** « *à quoi vous fait penser ce mouvement que décrivent vos doigts ?* »

**Michel :** « *à une pince à segment* »

**Rappel ressource :** son père lui a appris à bricoler, lui a transmis ce goût, mais « *pas par la pédagogie* », me dit-il, « *parce qu'il n'expliquait rien, j'ai appris en l'observant* ». ( Vakog : visuel).

Il a appris aussi à bricoler au lycée technique puis en réparant des mobylettes et des voitures, il est très manuel.

**Cathy :** « *auriez-vous un souvenir agréable de bricolage où une pince à segment est nécessaire ?* »

**Michel :** « *oui* » et il me raconte la première fois qu'il a réparé une voiture, la sienne, sa première voiture, avec un copain. En fait c'est ce copain qui a tout fait et lui l'observe et l'aide si besoin, cela prend la moitié de la nuit car il faut déposer le moteur, pour enlever les pistons, et il faut utiliser une pince à segments.

**Option choisie** pour cette séance : restituer le souvenir agréable, en instaurant une métaphore universelle du changement en m'appuyant sur la tombée de la nuit.

En pratique : toujours allongé sur la table, après l'induction somato-sensorielle, je restitue le moment agréable dans lequel je décris tous les gestes qu'effectue son copain, et que Michel observe attentivement....

**Effets :** pour l'instant cela n'a rien changé, Michel ne parvient toujours pas à effectuer le mouvement de pince avec sa main.

### ➤ A la dixième séance (après plusieurs séances sur la douleur et sur le mouvement de pince) :

Michel parvient à effectuer le mouvement de pince mais n'a pas assez de force pour ouvrir un bocal de conserve ou pot de confiture.

Le souhait devient : « *avoir assez de force pour ouvrir quelque chose avec le mouvement de pince* » .

Michel me raconte un souvenir agréable de camping avec un combi Volkswagen dans la montagne en été et le rituel du petit déjeuner.

**Option choisie :** restituer en incorporant l'illusion du mouvement, dans une projection en âge (la prochaine fois qu'ils iront camper dans ce lieu, l'été prochain) :

Après une métaphore universelle du changement, « *le soleil poursuit son ascension dans le ciel, la lumière se fait plus vive, elle met en relief les contrastes du paysage qui s'offre à vos yeux, et vous commencez à savourer la tiédeur de l'air qui s'installe....* ».... Je poursuis sur l'installation de la table du petit déjeuner, les bols, couverts, beurre, pain frais, et je décris que c'est lui qui ouvre le pot de confiture, « *lentement, comme vous l'avez fait l'été dernier, que vous le faites chaque fois que vous venez ici en famille, et que vous le ferez l'été prochain. Vous reconnaissez ce geste qui ouvre ce moment magique du petit déjeuner, car tout ce qui est connu est reconnu .....* ».....je poursuis la description du petit déjeuner, puis une nouvelle métaphore universelle du changement autour de la trajectoire du soleil et des ombres qui changent, de la chaleur et des animaux au loin qui changent de place, puis je termine la restitution du souvenir, phrase amnésiante et retour ici et maintenant. Pendant ce temps, comme à chaque fois, je mobilise la main et le poignet de Michel

A ce jour j'ai fait une dizaine de séances avec Michel et celle-ci était la dernière, je ne sais pas encore si cela a eu un effet sur la force de son geste. Je me demande si je pourrais lui demander de serrer des objets (balle en caoutchouc, accessoires de musculation de la main), de faire des exercices de renforcement musculaires, sous hypnose, je n'ai pas essayé.....

En dehors de l'aspect fonctionnel, Michel me dit se sentir beaucoup plus calme et serein par rapport à son problème d'algodystrophie, surtout depuis que la douleur s'est calmée et qu'il s'est remis à bricoler « *comme avant* ».



## 5.2) Deuxième expérience : Isabelle S.

Lorsque je rencontre Isabelle, âgée de 42 ans, elle présente une Algodystrophie sévère du pied droit depuis 10 mois à la suite d'une bursite sous l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, avec un tableau clinique vaso-moteur dominant, le pied est très gonflé, rouge, chaud, luisant, la rougeur remonte sur la cheville et les 2/3 du mollet. Elle est encore en phase chaude.



Elle marche avec 2 béquilles, le pied dans une chaussure orthopédique. Elle a perdu son travail en raison de son algodystrophie, ce qui pour finir se révèle être un soulagement pour elle car elle ne supportait plus du tout ce travail.

### ➤ Anamnèse :

- **Description du problème :** « *mon pied est trop chaud, mes orteils sont contractés, pas assez souples, j'ai des picotements, des fourmillements, comme si le pied étouffe, il est comprimé, engoncé, serré, je ne supporte pas la chaussette ni la chaussure. Par moment il devient froid et j'ai la sensation d'une ficelle à rôti qu'on me passe sur le gros orteil en tirant vers le bas* »

A cette époque, je n'ai pas encore découvert le cours sur la douleur et son anamnèse spécifique, je ne sais pas utiliser la réification (« *ficelle à rôti* »). Je retranscris donc la séance telle qu'elle s'est passée.

**Cathy :** « *si ton pied était guéri, comment serait-il ?* »

**Isabelle :** « *Il serait souple, surtout au niveau des orteils, hyper confortable, sans douleurs ni rougeurs, ni chaleur, léger, détendu* »

**Cathy :** « *il serait souple comme quoi ?* »

**Isabelle :** « *comme la petite branche d'un arbre dans le vent, mes orteils seraient les petites feuilles* »

« *Chouette, me dis-je, je tiens une métaphore !!* » (Car c'est une grande difficulté pour moi, d'en trouver !!)

### ➤ Ressources :

- Lire en écoutant les petits oiseaux, ne rien faire
- Écouter de la musique pour danser
- Mettre des huiles essentielles chez moi pour créer des ambiances fraîches ou alors sucrées
- Les parfums, l'odeur du linge propre
- Faire les magasins, vaquer, être avec du monde, au milieu d'une euphorie, regarder les vêtements
- Manger
- Sens de l'organisation, dans le quotidien, et au travail
- Faire du bien aux gens qui vont mal, les aiguiller dans des conseils, les aider, être à l'écoute, être utile.

### ➤ Mots clefs / métaphores :

- Action, mouvement, besoin de projets, autonomie, sécurité, pression, chaleur, stress,
- Utile, ambiance, parfum, liberté, autonomie.
- Les feuilles de la petite branche d'un arbre, qui bougent dans le vent

### ➤ Vakog :

Auditive, kinesthésique, olfactive

### ➤ Souhait à la première séance :

**Isabelle :** « *que mon pied soit blanc et froid tout le temps* »

➤ **Souvenir agréable :** Isabelle me raconte une ballade à la campagne, c'est l'été, elle gare sa voiture et va s'allonger sous un arbre, à l'ombre, elle décrit de nombreuses sensations, à majorité auditives, olfactives et kinesthésiques.

### ➤ Option choisie pour la séance : métaphore adaptée du problème, au sein du souvenir agréable

J'installe Isabelle en position allongée sur le dos, aussi confortable que possible, et j'effectue l'induction somato-sensorielle, en insistant sur les sens auditifs et olfactifs.

Puis je commence la restitution du souvenir agréable, et je profite de la présence du « *petit vent frais* » pour décrire « *les petites feuilles de chaque branche de l'arbre, commencent à remuer, au gré de cette petite brise fraîche et légère, elles se déplacent avec souplesse vers la droite, vers la gauche, ou vers le haut, le bas, emmenant avec elles les délicates et jolies fleurs blanches accrochées à leur extrémité* » .....

Pendant ce temps, mes mains mobilisent doucement sa cheville et le pied, sans oser toucher aux orteils.

➤ **Effets :** Isabelle décrira par la suite avoir ressenti un répit dans la douleur, et la chaleur, pendant toute la journée, puis les symptômes sont revenus durant la nuit.

Par la suite j'ai continué à utiliser la même technique plusieurs fois, en utilisant également la métaphore imbriquée, avec comme effet systématique un apaisement décrit par Isabelle, mais temporaire, puis ces phases de répit ont duré plus longtemps, 2 jours, puis 3 jours et l'intensité de la douleur a diminué. Au bout de 3 mois, les phases de répit se sont accompagnées d'une diminution nette de l'œdème et de la rougeur. Le médecin a déclaré qu'Isabelle entrait en phase « froide » de la maladie, ce qui chez elle, n'est pas régulier mais plutôt une alternance de moments sans rougeur et moments avec rougeurs, avec cependant une diminution stable de la douleur et de l'œdème du pied.

A la suite du séminaire sur la douleur, je réalise une anamnèse de la douleur d'Isabelle dès la séance suivante. Ce jour-là, le pied est de nouveau rouge et chaud.

### ➤ **Réification :**

Isabelle décrit des « *petites coquillettes trop cuites, fumantes et collées les unes aux autres* ».

### ➤ **Fractionnement :**

**Isabelle :** « *je mets de l'eau bien froide dessus, je les sépare avec une cuillère en bois, toujours sous l'eau froide qui roule dessus et je les mélange jusqu'à ce qu'elles soient toute séparées les unes des autres, elles sont moelleuses et fraîches, je mets un peu de beurre dessus et on les mange* »

J'axe la séance sur cette technique d'analgésie, et Isabelle décrira un soulagement durable (plusieurs jours). Elle parvient à rester plus longtemps debout, et faire davantage de choses chez elle avant que la rougeur et la chaleur reviennent.

### ➤ **Le souhait exprimé :**

Au bout de quelques séances, le souhait a changé. Isabelle a commencé à parler de « *retrouver une autonomie* » « *pour aller où je veux* », « *conduire pour être avec mon fils dans la voiture, rigoler avec lui, partager des moments de complicité avec lui comme avant* », « *me déplacer, rester debout, verticale, et marcher, je rêve de marcher mais je n'arrive pas à me projeter dans l'avenir* »

Je réalise une séance où je lui raconte une journée où elle prend sa voiture et conduit, elle est avec son fils et passe l'après-midi avec lui « *comme avant* », je raconte tout le parcours qu'ils aiment bien faire. Quelques jours après cette séance, Isabelle commence à retrouver de la mobilité dans ses orteils.

Elle me dit avoir « *envie de marcher, de sentir son pied se dérouler au sol, comme dans le rêve qu'elle a fait quelques jours avant* ». Elle me décrit alors ce rêve dans lequel, justement, elle court, sur une piste d'athlétisme, en haut d'une falaise surplombant la mer, elle décrit beaucoup de détails sur l'environnement, comme chaque fois, ce qui est facilitant pour moi.

Ayant lu un article la veille écrit par des kinés qui utilisent l'hypnose dans leur prise en charge de l'algodystrophie (1), notamment par la suggestion de « l'illusion du mouvement », en faisant dérouler le mouvement de plus en plus lentement, je décide de tenter l'expérience.



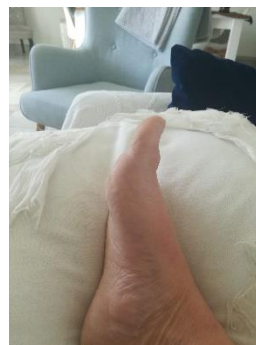
J'installe Isabelle en position de décubitus ventral, pour avoir accès à son pied, car depuis quelque temps elle demande que je masse et mobilise son pied, même les orteils, elle sent que son corps en a besoin et que ça ne déclenche plus de douleurs mais au contraire lui fait du bien.

Après l'induction et tout en massant et mobilisant le pied, je restitue son rêve, dans lequel elle est en train de courir : « *profite de ces sensations reconnues ,car tout ce qui est connu est reconnu, profite de la caresse du vent sur ton visage, et de tous les merveilleux parfums de l'océan qu'il porte jusqu'à toi, très très bien, puis , après avoir bien profité de cette course, fais en sorte de ralentir doucement, afin de profiter encore davantage de cet environnement magnifique, de t'imprégner de chaque détail et sensation, très bien , parfait, continue de ralentir, prends ton temps, ralentis encore, jusqu'à être en train de marcher, lorsque ce sera le cas, qu'un de tes doigts me le signale, excellent, ainsi, à la bonne lenteur pour toi, tu peux commencer à te rapprocher de la falaise, pour mieux dominer la situation, regarder le soleil descendre (verticalité) sur l'océan, très très bien, parfait , et tout en continuant à te rapprocher, fais en sorte de ralentir encore, afin de savourer encore davantage le moelleux de l'herbe sur laquelle se déroule chacun de tes pas, et de savourer chaque seconde de ce merveilleux spectacle du soleil qui se rapproche de l'horizon ».*

A la fin de la séance, après m'avoir dit qu'elle avait vraiment senti le déroulement du pied à chaque pas, Isabelle se rassoie et à sa surprise comme à la mienne, elle regarde ses orteils bouger en flexion et extension, et me dit, « *mais ils ne bougeaient pas autant tout à l'heure* ». Du coup j'ai envie de tenter cette suggestion, même si elle est assez directe, sur d'autres patients.

Dans le cas d'Isabelle, comme de Michel, d'autres soins sont appliqués, chez d'autres professionnels en parallèle (cryothérapie et sophrologie pour Isabelle, Kinésithérapie classique de mobilisations et étirements manuels pour Michel), de ce fait je ne peux bien sûr pas affirmer que l'hypnose seule, associée à la Kinésithérapie, a contribué à l'amélioration qu'ils ressentent.

Voici des photos du pied d'Isabelle S. au bout d'une dizaine de séances :



### 5.3) Troisième expérience : Sandra P.

#### ➤ Histoire de la maladie :

Lorsque je rencontre Sandra, âgée de 40 ans, elle s'est fracturé le poignet fin 2017. Elle tenait alors une boutique de réparation d'ordinateurs et téléphones mobiles, elle doit s'arrêter de travailler et fermer sa boutique. La fracture nécessite une intervention chirurgicale avec pose de matériel chirurgical.

Sandra reçoit une anesthésie locale dans le creux axillaire, qu'elle décrira comme extrêmement douloureuse. Une gouttière est posée, en fin d'intervention, qu'elle va garder 45 jours. La main présente très vite un œdème important, associé à rougeurs, l'infirmière qui vient à domicile pense que ce n'est pas normal, mais lors de la visite post-opératoire 15 jours après l'intervention, le chirurgien ne semble pas s'alarmer et Sandra gardera l'œdème et une douleur très intense jusqu'à la seconde intervention chirurgicale dont le but est l'ablation des broches. Cette anesthésie se passe mieux, sans douleur dans le creux axillaire.



A la suite de l'intervention, Sandra passe une radio du poignet, elle ne parvient pas à soulever son épaule à plus de 90 degrés et le radiologue lui dit qu'elle est douillette.

15 jours après l'ablation des broches, lors de la visite chirurgicale de contrôle, Sandra explique qu'elle ne peut pas lever l'épaule et a très mal à l'épaule et au poignet, le chirurgien diagnostique un syndrome épaule main (qui est une forme clinique particulière de l'algodystrophie). Lorsqu'elle arrive dans mon cabinet, elle a déjà fait des séances de Kinésithérapie, son poignet et ses doigts sont rouges, gonflés, luisant, la peau est fine, le poignet est déformé et bloqué en flexion (15°) et inclinaison radiale, avec un déficit d'extension passive et active.



Sandra est la première patiente avec laquelle j'ai commencé à pratiquer l'Hypnose, en mai 2018, c'est-à-dire en première année, avant d'avoir assisté au séminaire sur les métaphores et celui sur la douleur, et je me rends compte, en relisant les fiches bilan, du caractère incomplet de la première anamnèse, pas assez « cuisinée », d'autant que je me sentais très intimidée et Sandra est une personne assez cérébrale, qui donnait très peu de détails au départ.

### ➤ Anamnèse :

#### Représentation du problème :

- Douleur :

« Elle apparaît seulement dans les gestes que je ne peux pas faire, il y a des moments où je l'oublie »

- Epaule :

« Me fait mal quand je veux lever le bras, si je reste quelques secondes, c'est énorme, je dois vite la redescendre, la douleur arrête l'amplitude, et blocage ».

Souhait : « légère, plus mobile, comme un chiffon »

- Bras :

« C'est comme s'il était mort, comme s'il n'était pas à moi, bizarre, trop différent de ce qu'il était avant. Je bouge comme un robot »

Souhait : « Qu'il soit comme avant, je pouvais faire ce que je voulais, qu'il soit fort, Souple, vivant »

- Poignet :

« Sensation de serrage aux doigts, de poignet plus souple mais encore bloqué, de couleur gris clair » (ses doigts sont rouges mais elle a une sensation de gris). « Sensation de poignet gonflé au niveau des doigts du pouce, du poignet. C'est comme si on me le serrait. Ça me comprime, et ça m'agace intérieurement. C'est comme si j'étais avec des gens que je n'aime pas, sensation d'oppression, ça me stresse, je bous ». « Ça reste un poids, handicap dans les mouvements que je voudrais faire. Bloqué »

Souhait : « Pouvoir le bouger dans tous les sens, m'en servir comme avant, par exemple, faire des pompes ou du vélo, souple, mobile comme un chiffon »

**Cathy :** « si votre poignet était guéri, comment serait-il ? »

**Sandra :** « il serait souple comme un chiffon et léger, de couleur blanche »

### ➤ Ressources :

Sandra aime assembler un ordinateur, le dépanner, trouver le problème, le faire fonctionner, trafiquer, bricoler.

Elle aime faire du sport, le bien-être et la détente, l'action, être dehors, en pleine nature, faire du vélo, de la marche, du tennis, du ping-pong.

Elle aime regarder les oiseaux, les animaux, prendre des photos.

Elle aime écouter de la musique pop, pour l'évasion, parce que ça fait du bien, ça donne la pêche quand ça ne va pas.

### ➤ Mots clefs :

- Bouger, bien-être, détente, la pêche, résoudre des problèmes, chercher, comprendre, débrouillardise, astucieuse, trafiquer, bricoler, faire fonctionner, assembler.

### ➤ Vakog : K, V, A

Les 4 premières séances sont consacrées à dérouler le protocole de la séance d'hypnose jusqu'à la restitution du souvenir agréable. Sandra décrit une sensation d'apaisement consécutive aux séances. A la 2ème séance, pendant l'induction somato-sensorielle, je fais un lien entre la respiration et l'élasticité des tissus du bras :

*« ne sois pas surprise si ton épaule gauche, se trouve en train de respirer, puis d'expirer, .....très bien....., et que cette alternance d'inspiration et d'expiration s'étende à ton bras,..... très très bien....., à la bonne vitesse pour toi, puis jusqu'au coude, puis jusqu'au poignet, et lorsque ce sera parvenu au poignet, qu'un de tes doigts me le signale, .....très bien excellent....., profite de ces sensations et ne sois pas surprise si à la prochaine inspiration, ou peut-être la suivante, ou celle d'après, je ne sais pas, l'élasticité de tes muscles leur permet de se trouver eux-mêmes en train d'inspirer puis d'expirer, et que cette respiration s'étende dans la profondeur, aussi loin que tu le souhaites, peut-être jusqu'à chaque petite veine et chaque petite artère, à l'unisson de ton bras et de tes poumons, excellent..... »*

La semaine d'après, sa main a changé de couleur, elle a une coloration « normale » au lieu d'être rose et ne transpire plus. Coïncidence ? effet bénéfique de la séance d'hypnose ? en tout cas c'est encourageant !

Aux séances suivantes, (après le séminaire sur la douleur et celui sur les métaphores) ce que j'ai fait :

### ➤ Le fractionnement :

Sandra se représente sa douleur comme deux plaques de métal enserrant son poignet. Elle se sent « soudée, coincée, emprisonnée ». Elle voudrait les enlever à l'aide d'un fer à souder et d'un fil d'étain, puis les nettoyer et en faire des médailles qu'elle range dans une boîte à souvenirs.

Je conduis la séance en utilisant cette réification et lui décrit le fractionnement.

Tout en mobilisant très doucement son poignet en utilisant la Fasciathérapie.

### ➤ La métaphore imbriquée :

Lors d'une autre séance, le souhait de Sandra est que son poignet soit « *souple comme de la pâte à modeler* ». Elle a la sensation que ses doigts sont gonflés comme s'il y avait de l'air à l'intérieur. Elle décrit un souvenir agréable dans lequel elle se promène avec son amie Anne dans un village et visite une église, dans lequel elle décrit elle-même que son trop plein d'émotions s'apaise comme un ballon qui se dégonfle.

Je restitue le souvenir agréable :

*« Une fois entrée dans l'église, vous ressentez de la sérénité. Vous vous asseyez sur un banc et ne pensez à rien, vous nettoyez votre esprit, vous êtes là et pas là, cela vous fait beaucoup de bien, c'est le lieu où il est permis de lâcher un trop plein d'émotions, comme un ballon trop rempli qui se dégonfle enfin, et retrouve de la souplesse. Car tout ce qui est dégonflé est plus souple. Cela vous apaise ». ---- « Pendant ce temps, quelques personnes entrent dans l'église, doucement, Anne poursuit sa marche tranquille non loin de vous, la lumière qui filtre à travers les vitraux métamorphose leurs couleurs, au fur et à mesure qu'elle se déplace, au gré de la trajectoire du soleil (=métaphore universelle du changement) »... : « vous continuez à vous imprégner de l'atmosphère de sérénité de ce lieu, vous regardez l'autel, les statues, comment elle sont faites »....., puis : « alors que la lumière, en se déplaçant lentement, se pose sur les statues, celles-ci semblent s'animer, prendre vie, se remodeler, se mouvoir doucement, (=métaphore imbriquée) », « Tout en vous amusant de cette métamorphose vous continuez de profiter de l'atmosphère chaleureuse qui vous enveloppe, vous vous sentez rassurée ,vous êtes tranquille et bien. ».*

Au bout d'une quinzaine de séances, voici trois photos de la main de Sandra P. :



### 5.4) Quatrième expérience : Mina M.

#### ➤ Histoire maladie :

Mina a 52 ans, est auxiliaire de vie. Elle présente une périarthrite calcifiante aux deux épaules ; L'épaule droite vient d'être opérée, mais la douleur est encore plus vive depuis l'intervention.

Le protocole de rééducation souhaité par le chirurgien ne peut pas être appliqué du fait de la douleur, Mina ne récupère pas de mobilité de l'épaule.

Une IRM est demandée et le résultat montre une capsulite rétractile avec Algodystrophie de l'épaule. Ce problème survient dans un contexte d'arrêt de travail de 3 ans suite à un lumbago aigu avec sciatique. Mina est extrêmement affectée émotionnellement par cet arrêt de travail, car elle aimait beaucoup ce travail, grâce auquel elle se sentait utile, avait une « place ». Elle ressent également un manque de reconnaissance de son employeur par rapport à son investissement professionnel et un sentiment de manque de reconnaissance de sa souffrance, notamment par le médecin expert qui l'a examinée deux fois à la demande son employeur, afin de statuer sur une requalification de sa maladie en longue maladie, en maladie professionnelle, ou en simple maladie, (ce qui signifierait un licenciement pour inaptitude). L'enjeu financier est important.

La rééducation classique étant impossible, je lui propose d'associer l'hypnose à sa prise en charge, elle accepte et nous commençons en mai 2019.



### ➤ Anamnèse de la douleur :

- Description : point sur le dessus de l'épaule, ça descend, sensation de brûlure = sensation de liquide chaud.
- Facteur d'aggravation : augmente si mouvement brusque = sensation de coup reçu et ça descend.
- Durée : quelques secondes à 10mn
- Forme : ovale
- Dimension : 8 cm de long, 8cm de large, 2cm d'épaisseur
- Température : chaud
- Poids : parfois très lourd quand douleur vive
- Surface : irrégulière, en petites vagues
- Consistance : molle
- Fixation : collé
- Mobilité : point douloureux fixe mais le reste peut s'étaler ou rétrécir
- Contenu plein et lourd
- Intensité actuelle : 4/10
  - Souhaitée : 0/10
  - Acceptable : 2/10

Elle répond négativement à toutes les autres questions (coloration, luminosité...)

## ➤ A ce jour j'ai réalisé deux techniques d'analgésie.

- **Suggestion d'anesthésie** (comme pratiqué en séminaire) : après l'induction, je pose un doigt sur son poignet en décrivant qu'elle va « *sentir le contact de la pulpe de mon doigt sur la peau du dos de sa main, et que mon doigt va infuser dans sa main un produit anesthésiant* ». Je l'invite ensuite à percevoir la diffusion de ce produit dans l'ensemble de sa main « *qu'un de vos doigts me le signale, .....très très bien.....* » et je l'invite à faire « *s'étendre cette diffusion dans le reste de son avant-bras, puis le bras, jusqu'à l'épaule et aussi loin qu'elle en a besoin et qu'elle prenne le temps de profiter de ses effets anesthésiants, très très bien* »... ;
- **Réification** : la séance suivante, j'utilise la réification (pointe métallique dans l'épaule) et le fractionnement (la Kinésithérapeute lui enlève la pointe métallique et la jette à la poubelle)

Elle témoigne que les deux séances l'ont soulagée mais pas longtemps, quelques heures. Cependant la sensation de pointe métallique a disparu.

A la troisième séance, Mina vient de passer sa deuxième expertise avec ce médecin qu'elle n'aime pas et qui semble douter de ses douleurs et du lien possible entre ses problèmes d'épaules et son activité professionnelle.

Je lui demande de me raconter cet entretien, et de me dire par qui elle aurait aimé être accompagnée, si c'était possible, elle répond « *ma fille* ».

**Cathy** : « *qu'aimeriez -vous pouvoir dire à ce médecin lorsqu'il soupire et semble ne pas vous croire ?* »

**Mina** : « *j'aimerais que ma fille me défende, qu'elle lui dise « vous ne voyez pas qu'elle a mal ? ».* *J'aimerais qu'il me croie, qu'il me comprenne, qu'il voit que j'ai vraiment mal* »

Mina décrit une douleur comme une « *galette de pain arabe très chaude étalée sur son épaule et sur une partie du bras. Elle voudrait que quelqu'un lui enlève et que ce soit ce médecin* ».

Je décide de revenir en hypnose sur ce moment. Pendant l'induction, je m'installe derrière elle et je pose mes mains sur ses cervicales qu'elle a décrit comme « *tendues* », après lui avoir annoncé que j'allais « *m'occuper agréablement d'elle* ».

Je la ramène à l'événement, que je décris en faisant intervenir sa fille, comme Mina le souhaitait, pour prendre sa défense, puis une fois que le médecin comprend et reconnaît la souffrance de Mina, je décris qu'« *il commence à lui enlever la galette de pain chaud, lentement, en commençant par le haut et en tirant avec beaucoup de délicatesse, quand il a décollé quelques centimètres, qu'un de vos doigts me le signifie.....* » mais aucun doigt ne se lève et Mina commence à s'agiter sur la table, elle plie une jambe. Je ratifie « *très bien, faites tout ce qui est utile pour vous* », puis je lui demande de me signifier avec un doigt si la galette de pain chaud est toujours entièrement en place, elle acquiesce. Je lui demande de simplement profiter du soulagement qu'elle éprouve du fait que ce médecin comprend enfin ce qui se passe pour elle et la croit lorsqu'elle dit qu'elle a mal, puis je la ramène « *ici et maintenant* » en suivant le protocole de fin de séance. Mina témoigne ensuite qu'elle n'a pas pu suivre mes paroles parce qu'elle n'a pas « *supporté imaginer que ce médecin s'approche d'elle et la touche* ».

Je pense que j'ai fait une erreur en mélangeant les deux techniques et aussi je ne me suis pas méfiée, il me semble logique qu'elle ne puisse pas imaginer ni supporter un contact bienveillant de cette personne.

Je compte retenter le fractionnement en choisissant bien la personne cette fois-là, mais aussi appliquer les autres techniques d'analgésie par l'hypnose pour Mina, lors des prochaines séances.

## 6) Résultats :

### 6.1.) Questionnaire aux patients (cf. Annexe 1)

Pour tenter d'évaluer les effets sur le SDRC de l'hypnose associée à la Kiné, j'ai soumis un questionnaire identique à ces 4 patients, avec notamment une question sur l'impact de l'Hypnose sur l'anxiété liée à l'algo, avec le parti pris de ne pas évaluer au préalable la nature de cette anxiété selon des échelles officielles (Hamilton ou HAD) , qui me paraissaient inadaptées, mais de simplement évaluer l'intensité de cette anxiété , selon une échelle de 1 à 10 comme pour la douleur, ce qui me paraissait plus simple et adéquat .

Les autres questions portent notamment sur l'intensité de la douleur avant hypnose et les facteurs d'augmentation de l'anxiété.

### 6.2.) Résultats :

#### 6.2.1.) Réussites :

J'ai distingué deux catégories d'effets positifs : les bénéfiques sur les symptômes physiques de la maladie et les bénéfiques sur les éléments de vécu émotionnel.

#### A. Bénéfices sur les éléments physiques :

- L'analgésie :

Trois patients sur les 4 ont témoigné d'une diminution de l'intensité de la douleur, allant de 2 à 6 points en moins L'Algodystrophie étant avant tout un syndrome douloureux, l'utilisation de l'hypnose Ericksonienne, dont l'action analgésique est connue (1,13), me semble tout à fait adaptée dans la prise en charge Kinésithérapeutique de ce syndrome. Elle semble même par moments le seul outil possible, si le patient présente une hyperalgie et/ou une allodynie qui empêchent toute autre action du kinésithérapeute.



- **Gain d'amplitude :**

Je constate une libération progressive du mouvement pour 3 patients sur les 4 , je précise que ces 3 patients sont en phase « froide ». Le 4<sup>ème</sup>, Mina M ; est en phase « chaude », et vient de commencer les séances. Pour l'instant l'objectif la concernant est de diminuer l'intensité de sa douleur.

- **Vécu du soin, vécu du toucher (appréhension du contact) :**

Cet élément englobe selon moi un ingrédient physique et un ingrédient émotionnel, je l'ai cependant classé dans les bénéfiques physiques du fait de la réaction tonique du corps.

L'appréhension du contact ne concerne pas uniquement les patients atteints d'Algodystrophie, mais, dans ma petite expérience, elle m'a paru systématique chez ces personnes.

Comment, dans ces conditions, poser mes mains sur la partie du corps en souffrance, sans déclencher une résistance physique immédiate, sous forme la plupart du temps d'une réaction tonique globale du corps, avec impossibilité pour le patient de se relâcher, le contact de mes mains augmentant encore davantage ce réflexe de défense. Comment les aider à regagner de la mobilité articulaire si je ne peux pas les toucher ?

Chez les 4 patients atteints d'Algodystrophie de type 1 qui ont bien voulu m'accompagner dans cette apprentissage, 3 sur 4 décrivent avoir vécu le toucher manuel complètement différemment, avec beaucoup moins d'appréhension voire pas du tout ( cf . Annexe 1) et ne pas avoir ressenti de douleur surajoutée par les manœuvres manuelles que j'effectuais pendant la séance.

Cependant, pour Isabelle S. la patiente en phase « chaude », ses douleurs (sensation de chaleur trop forte) et les troubles vaso-moteurs (rougeur diffuse) se sont accrus dans les heures qui ont suivi la 1<sup>ère</sup> séance de Kiné sous hypnose, aussi j'ai changé de stratégie pour cette personne et j'ai effectué une hypnose formelle à visée analgésique, sans toucher son pied, associée à de la thérapie manuelle sur la région dorsale, diaphragme, cage thoracique, bassin, pendant plusieurs séances jusqu'à ce qu'elle passe en phase « froide ». Elle a décrit apprécier énormément ces séances.

- **Gain de temps ? (délai plus court pour passer en phase froide ?)**

Ayant observé le passage de la phase chaude à la phase froide pour deux patientes (Sandra P. et Isabelle S.) dont l'une d'une semaine à l'autre, je me demande si cette transition était fortuite ou si l'Hypnose pourrait permettre que la durée de la phase inflammatoire dite « chaude » soit plus courte, ce qui serait bénéfique au patient car la phase « froide » est nettement moins douloureuse.

Certains articles littéraires suggèrent cet apport bénéfique de l'hypnose (2) mais il n'y a pas encore d'étude validée qui permette d'affirmer cet effet .

## B. Bénéfices sur les éléments émotionnels

- **Vécu du problème :**

Sous ce générique, j'englobe la possibilité de se projeter dans l'avenir, l'anxiété liée à l'algodystrophie, le vécu de l'aspect visuel, l'exclusion du membre...

Ce qui m'a particulièrement interpellé dans ce syndrome, au-delà de la grande variété des tableaux cliniques, c'est l'intensité et la diversité du ressenti du problème, exprimées par les patients dès lors qu'on leur offre l'espace et le temps nécessaire pour que cette dimension puisse s'exprimer.

Celle-ci me paraît un outil idéal pour aider les patients à transformer positivement ce ressenti. Les 4 patients témoignent qu'associer l'Hypnose à la Kinésithérapie les a aidés émotionnellement.

A titre d'exemple, Sandra P. qui voyait son poignet comme un membre « *moche* » et « *à cacher* », le considère aujourd'hui comme ayant un aspect normal et pouvant être montré, alors qu'il n'a pas encore repris sa forme initiale, ni son amplitude d'extension.

### 6.2.2.) Echecs :

- **Analgésie :**

La 4<sup>ème</sup> patiente, Mina M. n'a effectué pour l'instant que 2 séances à visée d'analgésie, sans résultat positif, mais elle est d'accord pour continuer. Il me semble que l'aspect émotionnel est important chez cette personne et que je l'ai peut-être sous-estimé ou mal entendu, car dans le questionnaire, elle coche la case « autres » dans la liste de questions sur les éléments d'anxiété qui ont diminué avec l'Hypnose, alors que par ailleurs elle avait rempli le questionnaire préalable sur les facteurs d'augmentation de l'anxiété liés à l'Algodystrophie, et qu'elle exprime une baisse de 2 points de l'intensité de cette anxiété grâce à l'Hypnose.

Pour cette patiente, il faut que je reprenne l'anamnèse, en cherchant davantage comment elle vit son problème et surtout dans un premier temps, essayer d'apaiser la douleur.

- **Mobilité articulaire et capacité fonctionnelle :**

-retrouver le geste de pince pour Michel.

Ce geste est redevenu possible pour lui, mais manque de force. Mais je ne désespère pas !! D'autant que je n'ai pas appliqué toutes les techniques de métaphore, il me reste beaucoup de choses à tenter, dont l'autohypnose qu'il pourrait appliquer quotidiennement.

En résumé, dans cette aventure tentée avec ces patients il semble qu'il y ait davantage d'éléments bénéfiques que d'éléments d'échecs. Ces résultats ne sont bien sûr pas exploitables d'un point de vue scientifique du fait du très petit nombre de patients, de la diversité de leurs tableaux cliniques, de leurs phases d'évolution inégales, du nombre et de la fréquence des séances différents pour chacun de la diversité des protocoles utilisés.

## Conclusion :

Même si cela est difficile à objectiver du fait du très petit nombre de patients traités pour leur Algodystrophie, de la diversité de leurs tableaux cliniques et de leur stade d'évolution, du manque de critères objectivables et des nombreux biais, dont les maladresses et erreurs de « débutante » de ma pratique « d'apprenante », tous mes patients disent avoir ressenti un effet bénéfique lors de l'association de l'Hypnose à la séance de Kinésithérapie, par son effet analgésique, par la diminution ou disparition de l'appréhension du toucher manuel, mais aussi par la détente et l'apaisement émotionnel que cela leur a procuré, la possibilité d'exprimer leur ressenti du problème vécu, la nette diminution de l'anxiété induite par ce syndrome, le gain d'amplitude et d'autonomie fonctionnelle.

En tant que Kinésithérapeute, au-delà de cette expérience spécifique sur l'Algodystrophie, je crois que l'Hypnose a une place légitime et absolument utile au sein de ma pratique.

Elle m'a permis de regarder le patient autrement, de redécouvrir la dimension humaine du soin, ce qui me donne envie de l'expérimenter sur d'autres pathologies ou d'autres populations, comme par exemple les nouveau-nés présentant un torticolis congénital.

L'Hypnose m'offre de nouvelles perspectives par sa double dimension, à la fois technique et relationnelle. Elle permet au patient de s'appuyer sur ses propres ressources et de redevenir acteur de sa guérison. Elle permet au soignant en devenir que je suis, de rencontrer et prendre en compte la singularité des patients, de mieux les accompagner dans chacune de leurs dimensions, non seulement symptomatique mais aussi émotionnelle et relationnelle (relation à soi, relation à sa maladie).

# Annexe

## Annexe :

### 1. Questionnaire patient :

#### **Apport de l'Hypnose dans la prise en charge Kinésithérapique de l'algodystrophie de type 1**

1. 1) depuis quand souffrez-vous d'algodystrophie ?

*Une seule réponse possible.*

- moins de 12 mois
- entre 12 et 18 mois
- entre 18 et 24 mois
- entre 24 et 30 mois
- plus de 30 mois
- Autre : \_\_\_\_\_

2. 2) êtes-vous en phase dite "chaude"  
,"froide" ou "chronique" ?

\_\_\_\_\_

3. 3) votre âge et votre sexe ?

\_\_\_\_\_

4. 4) évaluez, sur une échelle de 1 à 10 ,  
l'intensité de la douleur liée à  
l'algodystrophie , avant les séances  
d'hypnose

\_\_\_\_\_

5. 5) une anxiété est-elle apparue ou a t'elle augmenté depuis l'installation de  
l'algodystrophie ?

*Une seule réponse possible.*

- oui
- Non

6. 6) sur une échelle de 1 à 10 (le +fort),  
évaluez l'intensité de cette anxiété avant  
les séances d'hypnose

\_\_\_\_\_

7. 7)selon vous quels sont les facteurs d'apparition ou d'augmentation de cette anxiété ?  
Plusieurs réponses possibles.

- intensité de la douleur
- la permanence de la douleur ?
- l'incapacité fonctionnelle ?
- l'aspect "visuel" de la zone concernée de votre corps ( "déformé", "moche".....)?
- la longue durée de la maladie ?
- ne pas savoir quand cela va s'arrêter ?
- ne pas savoir si la guérison sera complète ou avec des séquelles ?
- impossibilité de se projeter dans l'avenir ?
- sentiment de perte de "place" et/ou d'identité ?
- sensation d'inaptitude ?
- impact familial ?
- impact professionnel ?
- impact social ?
- autre ?

8. 8)résumez en quelques mots clefs l'impact émotionnel de l'algodystrophie sur vous

---

---

---

---

---

9. 9)associer l'hypnose Ericksonienne à la Kinésithérapie vous a t'il aidé ?

Une seule réponse possible.

- oui
- Non

10. 10)si oui ,en quoi vous a t'elle aidé ?

Plusieurs réponses possibles.

- diminution de l'intensité de la douleur ?
- évolution positive d'autres critères de douleur (permanence, étendue du territoire, sensations ...)
- vécu du soin de thérapie manuelle ( appréhension du toucher) ?
- augmentation de la mobilité articulaire ?
- récupération fonctionnelle ?
- changement positif de ressenti du membre concerné (réintégré dans l'image du corps)?
- changement émotionnel positif du ressenti du problème?
- diminution de l'anxiété ?
- possibilité de se projeter dans l'avenir ?
- autre ?

11. 11)évaluez, sur une échelle de 1 à 10 ,  
l'intensité de votre anxiété après hypnose

12. 12)évaluez, sur une échelle de 1 à 10,  
l'intensité de la douleur après hypnose

13. 13)pensez-vous que l'hypnose a favorisé le passage de l'état de phase chaude en phase froide ?

Une seule réponse possible.

- oui
- Non

# Bibliographie

## Bibliographie

1. Barber A, Moreni A. Place de l'hypnose dans le traitement des syndromes douloureux régionaux complexes. *Kinésithérapie Rev.* 1 juin 2015;15(162):45-9.
2. Gainer MJ. Hypnotherapy for reflex sympathetic dystrophy. *Am J Clin Hypn.* avr 1992;34(4):227-32.
3. Lebon J, Rongièrès M, Apredoaei C, Delclaux S, Mansat P. Physical therapy under hypnosis for the treatment of patients with type 1 complex regional pain syndrome of the hand and wrist: Retrospective study of 20 cases. *Hand Surg Rehabil.* juin 2017;36(3):215-21.
4. Harden RN, Bruehl S, Perez RSGM, Birklein F, Marinus J, Maihofner C, et al. Validation of proposed diagnostic criteria (the « Budapest Criteria ») for Complex Regional Pain Syndrome. *Pain.* août 2010;150(2):268-74.
5. Gay A-M, Béréni N, Legré R. Type I complex regional pain syndrome. *Chir Main.* 1 oct 2013;32(5):269-80.
- 5bis. Thèse de Médecine (Virginie Kretz, 28 09 2005, Université de Lorraine)
6. Galve Villa M, Rittig-Rasmussen B, Moeller Schear Mikkelsen L, Groendahl Poulsen A. Complex regional pain syndrome. *Man Ther.* 1 déc 2016;26:223-30.
7. Farzad M, Layeghi F, Hosseini A, Dianat A, Ahrari N, Rassafiani M, et al. Investigate the Effect of Psychological Factors in Development of Complex Regional Pain Syndrome Type I in Patients with Fracture of the Distal Radius: A Prospective Study. *J Hand Surg Asian-Pac Vol.* déc 2018;23(4):554-61.
8. Defontaine-Catteau MC, Veys B, Buisset N, Armignies Ph, Boucly E, Duneton O, et al. Qu'en est-il de la psychopathologie des sujets souffrant de dystrophie réflexe sympathique? *Douleur Analgésie.* 1 sept 1998;11(3):143-6.
9. Jänig W, Baron R. Complex regional pain syndrome is a disease of the central nervous system. *Clin Auton Res Off J Clin Auton Res Soc.* juin 2002;12(3):150-64.
10. Complex regional pain syndromes: new pathophysiological concepts and therapies. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 23 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20180838>
11. Jänig W, Baron R. Complex regional pain syndrome: mystery explained? *Lancet Neurol.* 1 nov 2003;2(11):687-97.
12. Żyluk A, Puchalski P. Effectiveness of complex regional pain syndrome treatment: A systematic review. *Neurol Neurochir Pol.* 1 mai 2018;52(3):326-33.
13. Faymonville M-E, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *J Physiol Paris.* juin 2006;99(4-6):463-9.