

UNIVERSITE BORDEAUX 2

**DIPLOME UNIVERSITAIRE D'HYPNOSE MEDICALE**

Dr CARAPINA IVAN

***L'HYPNOSE ET LA VISITE DU MEDECIN  
AU DOMICILE***

Mémoire dirigé par le Dr SEBAN Didier

Bordeaux le 18 septembre 2008

# PLAN

- 1/ INTRODUCTION
- 2/ LA VISITE A DOMICILE : DEFINITION/ DISCUSSION
- 3/ L'HYPNOSE MEDICALE: DEFINTION
- 4/ UN EXERCICE LIBERAL PARTICULIER
- 5/ L'HYPNOSE MEDICALE AU SERVICE DE LA VISITE A DOMICILE.
- 6/ LA VISITE A DOMICILE AU SERVICE DE L'HYPNOSE MEDICALE.
- 7/ CONCLUSION

## *INTRODUCTION*

La visite à domicile d'un médecin est assez rare dans le monde médical.

Elle reste une quasi spécificité de la médecine générale en France.

Cependant , depuis quelques années, pour qu'un médecin se déplace, le patient doit être très invalide , ou à l'article de la mort.

La spécificité de mon travail depuis plusieurs années à SOS MEDECINS est justement cette visite à domicile .

Par chance, et par goût, j'ai pu acquérir une expérience en psychiatrie, et en psychothérapie, parallèlement à mon cursus d'urgentiste. J'ai découvert la sophrologie dynamique , et je travaille avec depuis deux années. Et grâce à cet outil, j'ai pu améliorer mes relations médecin-malade , diminuer les prescriptions de psychotropes etc...

Depuis un an maintenant, j'utilise l'hypnose médicale dans mon travail car je peux décliner cette thérapie brève en fonction des situations rencontrées sur les lieux.

Mes cinq années à SOS MEDECINS , conjuguée à un intérêt pour la psychothérapie via la sophrologie et maintenant l'hypnose médicale , m'ont amené à penser que la visite à domicile était une source d'élément important pour un hypnothérapeute, et que l'hypnose médicale avait une place importante dans la visite à domicile (médecine générale urgente ou non).

Ce sont ces expériences personnelles d'hypnose médicale en visite que je vais détailler dans ce mémoire alliant la pratique avec la technique. Mais dans un premier temps, je redéfinirai « la visite à domicile » et expliquerai mon exercice libéral particulier.

## *LA VISITE A DOMICILE: DEFINITION*

La visite à domicile au sens strictement linguistique est l'action de se rendre au lieu où habite le patient.

Les médecins dans l'exercice de leur fonction doivent prendre en charge le patient dans son intégralité en tenant compte de son mode et de ses conditions de vie. D'un point de vue professionnel, la visite à domicile permet d'accéder au lieu de vie de ses patients. Les informations recueillies lors de la visite complètent celles recueillies au moment de la consultation au cabinet, concernant le contexte socio-économique, religieux, familial. Elle représente un moment privilégié où le médecin accède à l'intimité du patient et permet une prise en charge du patient dans son intégralité.

Cette visite peut rendre difficile et peu satisfaisante les conditions d'exercice du médecin: l'espace, l'échange, le bruit, la distraction, l'hygiène, la confidentialité sont des problèmes qui peuvent perturber l'acte médical. De ce fait, la visite pose le problème du « confort » nécessaire à l'exécution d'une bonne performance clinique et technique.

Donc la visite à domicile fait partie intégrante du système de soin français et reste un acte incontournable pour la médecine générale.

Dernièrement, elle a été recentrée sur sa vocation première : soigner les patients dans l'incapacité de se déplacer au cabinet du médecin. Mais les critères déclenchant une visite auprès d'un patient restent médecin dépendant...

Une volonté politique de diminution de dépense de santé, mais aussi, due à un problème démographique tendent à restreindre l'entrée au droit à la visite. La visite étant chronophage, beaucoup de médecins privilégient de plus en plus la consultation. En 2001, la visite représentait 25% des actes d'un médecin généraliste en moyenne. En 2004, suite à la mise en place de certaines lois, les visites ne représentaient alors que 12% de l'activité.

A part la pédiatrie, il existe peu de spécialités qui se déplacent au domicile du patient. Nous trouvons beaucoup de structures proposant des soins à domicile (soins infirmiers, suivi psychiatrique...) mais ces structures proposent surtout des soins para-médicaux.

J'ai pu observer pendant mes cinq années à SOS Médecins , bon nombre de patients NON invalides (d'après les critères de la sécurité sociale) qui nécessitaient dans un premier temps une prise en charge spécialisée à domicile (Agoraphobe, Anxiété généralisée, Obésité, Anorexie...). Des patients , a qui le corps médical ne proposait que des consultations au cabinet. Il leur fallait faire « le premier pas vers leur guérison ». Pour certains , ils étaient déjà à plus de cinq ans d'attente .

C'est dans ce cadre que l'hypnose médicale a un rôle important. C'est une thérapie dite brève, et nous pouvons débloquer de nombreuses situations en quelques heures de travail à domicile.

## *L'HYPNOSE MEDICALE : DEFINITION*

L'état hypnotique est généralement défini comme un état modifié de conscience. Il s'agit bien d'un état de veille et non de sommeil (les tracés électroencéphalographiques le confirment).

Pourtant cet état de veille est particulier, la conscience est « rétrécie » (par focalisation de l'attention, soit une concentration extrême) et en même temps « élargie » (par une sorte de disponibilité à soi et à l'environnement).

C'est une veille paradoxale dans laquelle « l'atonie posturale s'allie avec une activité cérébrale intense » alors que l'on est « coupé de tous les stimuli afférents, fermé au monde extérieur et revêtu des insignes du dormeur » [Roustang 1994 P20] tout en étant capable de production que l'on qualifie d'oniriques, c'est à dire sans rapports avec les objets réels.

L'état hypnotique profond peut être qualifié de « transe ». C'est une expérience avant tout subjective qui est observable de l'extérieur et peut se reconnaître à divers indices.

Elle se manifeste par un état de concentration accrue, avec une diminution de la réceptivité aux stimuli extérieurs et réorientation de l'attention vers des phénomènes internes.

Le corps est plongé dans un état de léthargie accompagné d'un désintérêt envers tout effort (Hoaran 1992 P20). L'imagerie, l'intuition, et l'évocation l'emportent sur le raisonnement.

L'expression des émotions est facilitée, l'impression que quelques choses de peu ordinaire est en train de se passer est fréquemment décrite.

Il existe divers degrés de profondeur de transe, de légère (état de relaxation) à une transe profonde (réponses très ralenties, détente totale, lévitation et catalepsie d'un membre...).

Une des caractéristiques les plus significatives de l'état hypnotique ou état de conscience modifié est probablement la « dissociation »; c'est à dire la simultanéité d'une activité mentale

consciente et une inconsciente. Cette dissociation amplifie la perception de certaines composantes de l'expérience vécue tout en diminuant la perception d'autres composantes . C'est du reste, une expérience naturelle, familière à chacun (conduite en voiture, regarder la télévision , « être » dans un livre..). Nombre d'expressions courantes reflètent assez justement cette expérience de la division de soi « je suis hors de moi », « je suis à coté de mes pompes ». Plus la transe est profonde , plus forte sera la dissociation , plus grande sera la probabilité des réponses inconscientes. [Yapko 1990 p23]

Pour obtenir un état dissocié, il faut utiliser quelque outils comme l'induction et les suggestions.

L'induction facilite la survenue d'un état modifié de conscience en influençant la vigilance du sujet. Exemple: l'induction visuelle par fixation du regard sur une ligne d'horizon , où le sujet doit regarder uniquement cette ligne, cette stimulation monotone diminue l'état de vigilance et donc l'état de conscience .

Les suggestions sont des messages, de la communication quotidienne destiné a influencer l'interlocuteur dans sa pensée, ses émotions, ses motivations, ses comportements et utilisent tous les canaux de communications.

Il existe différentes forme d'inductions ainsi que de suggestions autant que les canaux de communications et qu'il existe de sens.

L'application de l'hypnose médicale est vaste.

Les indications courantes de l'hypnothérapie sont :

en Psychiatrie : troubles névrotiques (phobies), névroses d'angoisses, les post-traumatic stress disorders, dépression, troubles du sommeil, et comportement alimentaire , troubles mémoire et concentration...

En Psychosomatique: douleur rebelles et chroniques, migraines, angor, dyspnées

fonctionnelles, etc...

Médecine interne: certains troubles allergiques, pathologies du stress.

Oncologie: contrôle de la douleur, effets secondaires de la chimiothérapie, vomissements, Etc...

Chirurgie: préparation à l'intervention chirurgicale, anesthésie locale o locorégionale, contrôle saignement, post op douleur, changement pansement (grand brulés), en urgence (réduction fracture), endoscopies, bronchoscopies, colonoscopies...

Médecine dentaire: contrôle douleur, peur des soins, bruxisme, tolérance prothèse...

Sexologie: impuissance, frigidité, douleurs

Obstétrique: Préparation à l'accouchement.

Les contre indications habituelles sont les patients psychotiques, les enfants de moins de 3 ans, les arriérations mentales (relatifs).

## *UN EXERCICE LIBERAL PARTICULIER*

Je travaille sur la Côte basque dans une structure SOS Médecins . C'est un regroupement de médecins libéraux généralistes avec des formations en urgence travaillant 24H/24H et 7 jours sur 7. Dans notre cahier des charges, nous avons un véhicule banalisé blanc, floqué SOS, avec gyrophare si urgence. De plus, nous devons avoir une trousse médical d'urgence complète, avec un électro-cardiogramme, oxygène, et le nécessaire pour des aérosols et perfusions . Nous travaillons en étroite relation avec le SAMU par le biais d'un inter-connectivité de nos standard. Nos appels les plus urgents(dans les protocoles) sont immédiatement transmis au SAMU pour une régulation médicale spécialisée. Puis le médecin régulateur a le choix de maintenir notre effecton sur place ou d'envoyer une équipe SAMU régler la situation.

Les motifs d'appel sont variés, ils sont presque toujours ressentis comme urgents et le sont parfois. Les délais d'intervention sont de 10 minutes à 2 heures , selon l'urgence ressentie par nos standardistes qui appliquent des protocoles décisionnels.

Nous effectuons 80 % de visites et 20% de consultations.

Cette pratique originale est à la frontière entre le généraliste et l'urgentiste hospitalier du SAMU. J'interviens auprès de patients que je rencontre pour une première fois , à la différence du médecin traitant, et seul, contrairement à l'équipe du SAMU, des pompiers ou ambulanciers.

La plupart des problèmes sont de la médecine générale non-programmée (otite aiguë, fièvre , douleur abdominales aiguë, angoisse...) avec de nombreux motifs plus anxiogène pour le médecin , du type: « malaise », « gêne respiratoire », « douleur thoracique atypique »,

« agitation », « demande d'hospitalisation à la demande d'un tiers » « colique néphrétique probable »....Ces derniers appels , parfois nécessite une prise en charge rapide et un conditionnement type SAMU (perfusion, antalgique, oxygène) en attendant les secours, d'où l'importance d'avoir une formation et un passé d'urgentiste dans notre structure.

De prime abord , plusieurs aspects de cette activité peuvent sembler en opposition avec une séance d'hypnose dites « classique ».

Le cadre est souvent non maîtrisable . L'examen clinique se fait au mieux sur un lit ou sur un canapé, au pire sur la chaise de la cuisine , voir sur un bureau. Il faut parfois demander au tiers de nous laisser un peu d'intimité, d'éteindre la télévision, ou d'aller fumer dehors.

Un des critères majeures est celui de l'adaptation au terrain, d'un domicile lambda, en passant un hôtel X, finissant dans une caravane au milieu d'un village improvisé des gens du voyage.

La durée moyenne d'une visite est de 20 minutes.

C'est dans cette structure que j'ai pu depuis quelques années travailler des outils comme la sophrologie et depuis peu, l'hypnose médicale.

Car lors de mes gardes de nuit , j'ai pu remarquer que les douleurs étaient souvent majorées par des angoisses nocturnes, les problèmes psycho-somatiques ressurgissent la nuit, occasionnant des insomnies, ruminations. Et que de nombreuses visites générées par des symptômes somatiques finissaient en consultation de psychothérapie .

## *L'HYPNOSE DANS LA VISITE A DOMICILE*

### *CAS CLINIQUES ET DISCUSSIONS*

Dans mon cadre de travail , il m'est donc impossible dans la plupart des cas, de présenter l'hypnose médicale au patient comme outil. Je suis obligé de l'utiliser souvent dans l'urgence, au cours d'une première rencontre avec un minimum d'élément .

Donc les cas que je vais vous présenter ne seront pas des séances académiques d'Hypnose médicale mais une utilisation de certaines techniques de communication et d'ajustement, d'induction afin de créé un lien , une alliance thérapeutique en peu de temps.

Je ne peux pas entreprendre certaines formes d'inductions (fixation du regard, lévitation ou catalepsie du bras..) car souvent le patient attend un autre type de soin. L'adhésion n'est pas spontanée et je dois recadrer avec toute la pertinence requise. Le travail d'ajustement initial est d'une importance capital pour le succès du soin. Il devra être maintenu tout au long de ma visite.

Dans les tous premiers instants, mon travail consiste à retrouver mon intégrité. Le stress chapotant la plupart de mes interventions , je me dois d'être sincère, de m'impliquer à 100 % pour le patient, et non pour mon confort, celui de la famille du patient, ou encore les policiers , ambulanciers sur place.

Ensuite, je dois créer un lien avec le patient avec les différentes tactiques de communication qui consiste par exemple à imiter le patient dans son langage , sa gestualité, ses postures, (pacing) avec des ratifications sur le plan verbal, para-verbal , et non verbal afin de renforcer ce lien.

L'une des méthodes d'induction les plus inintéressantes dans ces situations (première rencontre dans un contexte stressant) s'avère être l'hypnose conversationnelle.

Je me contente de converser tranquillement avec le patient tout en utilisant les techniques citées ci dessus (pacing, ratification, recadrage, suggestions indirectes). Et doucement , si possible instaurer un climat dissociatif, parfois confus. Car il est possible d'induire un état confusionnel par un comportement peu classique, narrant diverses anecdotes , histoires drôles, ou tout simplement en « taxant » une cigarette au patient. J'essaie tout simplement de focaliser l'attention du patient afin de l'extraire de la situation présente souvent très désagréable pour lui (tachycardie, douleur aiguë, spasmophilie, HDT...)

En fonction de l'intervention , j'utilise le procédé le plus adéquate intuitivement . Il est difficile de prévoir le lieu, les réactions du patient, les différents intervenants déjà sur place.

Je vais vous rapporter maintenant deux interventions différentes de part leurs motifs d'appels où j'ai pu utiliser quelques techniques voir tactiques de « jeu »..

### ***1/Une hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT).***

A 23h00, lors d'une garde de nuit, je dois aller consulter à la demande du SAMU, une patiente Mme X. 42 ans , sans antécédent pour une « agitation aiguë » avec menaces probable de passage à l'acte sur autrui et sur elle même. La patiente est peut être éthylysée. La demande d'hospitalisation a été déclenché par le mari (avocat de profession). La police est sur place car Mme X. a occasionné des troubles sur la voie publique devant son domicile.

La demande du médecin régulateur est simple , au mieux je la sédate , au pire je fais le certificat pour une HDT (hospitalisation sous contrainte).

L'hypnose médicale débute pour ma part dès que je me transporte vers le domicile de Mme X. Je dois en tout premier lieu retrouver mon intégrité, m'extraire du diagnostic pré-établi par téléphone par le SAMU, de la pression déjà mise par le motif d'appel , la famille, et me

conditionner pour aider la patiente , rien que la patiente.

J'utilise sur moi quelques techniques de sophrologie afin de retrouver un équilibre car ce motif d'appel , lorsque l'on est tranquillement dans son canapé génère toujours une libération d'adrénaline qui pourrait être néfaste pour la suite de l'intervention...

Arrivée sur les lieux à 23h15, un véhicule de Police tout gyrophares allumés marque l'endroit de l'intervention. Les policiers ont « maîtrisés » physiquement Mme X, et l'ont forcés à rentrer dans sa cuisine. Celle ci est assise dans la cuisine , en pleurs. Le mari est debout, un policier est entre les deux.

Dès mon arrivée, le mari dit à sa femme de préparer ses affaires pour me suivre à l'hôpital. La patiente hurle de novo, l'insulte, tente de se lever. Le policier , immédiatement et fermement l'oblige à se rasseoir en hurlant !!

A ce moment, j'interviens doucement sur le ton de l'humour:« eh bé, on m'envoie sauver une femme et en fait, je trouve deux hommes en détresse!! » et j'enchaîne : « Madame, je suis ici pour vous consulter à la demande du SAMU. Désirez vous que ces deux jeunes hommes restent pendant notre consultation? (*choix illusoire* car je cherche au minimum une consultation)» (recherche d'alliance, mise en position basse, elle semble de nouveau avoir le choix.)

La patiente souhaite qu'ils sortent. Je ratifie son choix! Et je rassure le mari en lui affirmant que je l'écouterai à son tour, mais que « madame » reste ma patiente prioritaire.

Je reprends ma *position basse*: « racontez moi ce qui se passe car en fait, je ne sais rien »

« et maintenant qu'ils sont sorti, nous allons pouvoir nous détendre ».....(*suggestion*)

« Et d'ailleurs, je me demande si vous préférez vous détendre ici ou ailleurs dans la maison »

(*suggestion illusoire* )

Elle choisi le salon pour pouvoir fumer tranquillement une cigarette. Je *ratifie* de nouveau.

Une fois dans le salon , je m'installe comme elle ,position des main, jambes croisées, (*spacing*)

et pour compléter le tableau, je lui « taxe » une cigarette...

« la patiente est surprise: « tiens, un médecin qui fume! »

Je commence à lui poser quelques questions:

« maintenant, nous sommes bien seul et tranquille? Réponse oui »

« La police et votre mari sont enfin dehors?

« et nous sommes confortablement installés dans votre salon «

Vous allez pouvoir, tout en vous détendant... me raconter cette palpitante

soirée... »(*suggestion*) ...rires de la patiente...

Mme X. est légèrement éthyliisé. Elle me raconte une histoire de conjuguoopathie ancienne ayant dégénéré ce soir au restaurant car désinhibée par une prise d'alcool plus importante que d'habitude. ». Le mari a appelé la police car elle faisait trop de bruit dans la rue (dispute) ce qui a envenimé la situation.

Pendant le discours , j'utilise la ratification, le pacing, le recadrage, tout en saupoudrant de discours de détente.

La patiente acceptera de faire , ensuite, une induction cenesthésique dans son lit .

« Pouvez vous un instant vous concentrer sur les zones de votre corps en contact avec le lit? »....Les bras posés le long de ce corps....ce dos posé, et détendu.....Je me demande si vous pouvez sentir votre poitrine se soulever et s'abaisser au rythme de votre respiration.....Sentir cet air frais entrant, vous purifiant....et cet air chaud, sortant, vous détendant.....etc.....

La patiente restera à domicile,bien sur, à l'écart de son mari.

## *2/ Cas d'un patient Agoraphobe ayant une crise de colique néphrétique*

Il est 4 heures du matin. Appel pour un patient de 24 ans ayant une douleur lombaire aiguë .

A mon arrivée, la crise est moins aiguë, mais reste à 5 sur une échelle de 1 à 10. C'est un premier épisode. Mon examen m'oriente sur une colique néphrétique (bandelette positive au sang, percussion lombaire gauche douloureuse, abdomen souple, pas de température)

Je décide de lui injecter un anti-inflammatoire et antalgique en intra-musculaire.

Le patient est réticent, il a la phobie des injections.

A ce moment, , le père du patient m'informe que son fils est agoraphobe depuis l'âge de 16 ans , qu'il a eu différents suivis psychologiques sans succès. Le patient est non suivi depuis 3 années ,désocialisé,et n'est pas sorti depuis 3 ans du domicile.

Mon intervention se corse!

Je remarque rapidement dans sa chambre , pendant que je prépare l'injection antalgique, un ordinateur dernier cri avec des jeux on-line (jeu interactif sur internet avec d'autres joueurs) et des posters, CD musique de hard rock.

Je focalise son attention sur ces jeux que je pratique moi-même . Je dévie donc la conversation sur les jeux de rôles (stratégiques, rôle playing, ..) terrain qu'il connaît bien.

Mon passé de joueur de jeu de rôle me permet d'entraîner le patient dans une discussion très technique utilisant le même langage , partageant les mêmes expériences (pacing) ...je crée une alliance qui va devenir thérapeutique.

A partir de cet instant, je lui propose de m'aider (position basse) de s'allonger tranquillement, et de faire « comme si » il était concentré sur un jeu on-line, avec ses amis, en pleine action, et que la partie est très importante, un moment crucial ! Situation qu'il a vécue des milliers de fois... rester des heures assis sur une chaise , hors du temps, comme hypnotisé...je lui demande

de détailler les scènes de jeu, les dialogues avec les amis, d'être le plus précis possible.

« A la fois, très concentré mais aussi très détendu au niveau du corps.. »(*suggestion paradoxale*)... « tu l'a expérimenté des milliers de fois dans ta vie.....depuis

longtemps.....mais tout ce que tu as a faire maintenant , c'est de faire « comme si » tu jouais, tu t'amusais.....heureux..... « Et tandis que ton esprit reste concentré sur le jeu,... vagabonde dans ce monde ...virtuel.....ce corps se détend .....de plus en plus.....profondément » (*suggestion*)...voilà , c'est bien....(*ratification*).

J'ai utilisé donc ce début d'induction par jeu de rôle avec saupoudrage de détente , de ratification, suivi d'une description de lieu virtuel basé sur la VAKOG (*utilisation des 5 sens pour amener une dissociation*) pour dissocier légèrement le patient afin d'amener une diminution de sa sensibilité corporelle pour réaliser l'injection d'antalgique.

Suite à cette visite, le patient a accepté une nouvelle visite pour compléter son anamnèse .

Puis il a souhaité continuer le suivi que je lui proposé en sophrologie ( découverte de son corps dans un premier temps puis de ses émotions) car à l'époque je n'avais pas de recul sur l'outil d'hypnose pour ce type de patient.

Dans ces deux cas cliniques , à aucun moment je n'ai cherché une transe profonde . J'ai uniquement utilisé des techniques d'induction avec de légère dissociation afin d'obtenir une détente , une baisse de l'anxiété dans l'urgence et une certaine acceptation du traitement en fin de visite .A mon niveau, et dans une première rencontre il est difficile voir périlleux d'aller au delà.

Par contre, j'aimerais aborder une hypothèse .

Suis je moi même en auto-hypnose au moment de ces visites « stressantes »?...

Dans un premier temps, je quitte mon domicile où je suis paisible voir endormi, et j'arrive au

beau milieu d'un ambiance tendue , parfois violente.

Est ce que la rapidité du changement d'ambiance génère un état dissociatif ou confusionnel, hypnotique?

Est ce le fait, que j'essaie de m'extraire de la pression mise par le motif, l'appel du SAMU (douleur thoracique, douleur abdominale aiguë, HDT...) dans ma voiture, le temps du trajet (retrouver mon intégrité) qui me glisse dans un état hypnotique?

J'ai pu observer lors de ce type d'intervention , avoir eu des comportement plus « intuitifs » que « raisonner », en trouvant spontanément l'attitude, la phrase, le mot juste pour désarmer une situation complexe en peu de temps. Il semblerait que cet état « hypnotique » du soignant augmente ses qualités d'observations, ainsi que d'analyse (recoupement) des faits. (« élargi » notre conscience mais aussi donne une « clarté » sur certains point).

## *CONCLUSION*

### *LA PLACE DE LA VISITE A DOMICILE DANS L'HYPNOSE MEDICALE*

Lors d'une visite au domicile du patient , nous pouvons donc recueillir des informations sur le contexte socio-économique , religieux, et familial. C'est réellement un moment privilégié où le thérapeute accède à l'intimité du patient.

Nous pouvons relever sa position au sein de sa famille , les tensions, les rapports affectifs . Mais aussi noter des détails, comme les couleurs,tableaux , photos, la décoration, sa place préférée dans sa demeure, autant de détail qui vont pouvoir enrichir les futurs séances, alimenter de futur métaphores . Des métaphores qui auront probablement un impact plus fort car plus juste.

Nous essayons souvent pendant plusieurs séances de créer une alliance thérapeutique. J'ai pu remarquer que ce lien était plus rapidement obtenu au domicile. La visite demande un effort au médecin la pratiquant et ce pas fait vers le patient est ressenti comme bénéfique par le patient. Nous donnons une importance , une reconnaissance de sa souffrance.

Le patient agoraphobe du cas clinique cité ci-dessus, s'était vu refusé l'accès au soin car il n'était pas considéré comme handicapé par notre société. Il devait lui , patient souffrant, faire le premier pas vers un cabinet de consultation.

Dans ma pratique quotidienne , je rencontre surtout une population nécessitant des visites: les personnes âgées , handicapées, et ceux qui souffrent de troubles psychiatriques . Toutes ces personnes ont accès à la médecine générale mais très peu à une médecine spécialisée.

Dans ce cadre, l'hypnose médicale peut jouer un rôle important. Car elle est dite « thérapie brève ». Nous pouvons avec cet outil débiter des traitements psychiatriques, ou soulager des premiers symptômes avant de rediriger les patients vers un cabinet. Il est évident qu'il est impossible de faire une analyse sur plusieurs années à domicile, mais l'hypnose peut en

quelques séances rendre à certains patients l'accès au soins.