

5eme CONGRES INTERNATIONAL : EMERGENCES

HYPNOSE ET DOULEUR,

De l'art de prévenir à l'art de guérir.

Du 1er au 3 mai 2014, La Rochelle.

**PRATIQUE DE L'HYPNOSE A L'HOPITAL : UNE DEMARCHE
PSYCHOLOGIQUE COMPLEXE ?**

L'hypnotiseur débutant, de la transe idéalisée à transe idéale.

Communication orale à deux voix

Par Emmanuelle Sirat et Frédérique Vigneron

F.V.: Nous sommes psychologues cliniciennes en service de néphrologie et de neurologie à l'hôpital de LR.

Comme un certain nombre de professionnels de santé de cet établissement, nous avons été formées à l'hypnose par l'institut Emergences. Au sein de nos services, nous avons pu alors constater que cette formation intitulée « hypnose et douleur aigue » avait suscité un engouement important. Chacun voulant rapidement mettre en application ce qu'il venait d'apprendre. Malgré tout l'intérêt porté à cet outil nous avons également observé de réelles résistances à faire de l'hypnose. Nous étions face à la difficulté du « passage à l'acte » de la théorie à la pratique.

A travers les échanges avec nos collègues, nous avons entendu de nombreuses raisons qui rendent cette pratique compliquée voire impossible à mettre en place :

- le manque de temps,
- les conditions matérielles (le bruit, les lieux...),
- le manque de pratique et d'expérience,
- le manque de confiance en soi souvent traduit par la peur de l'échec,
- le regard sur l'hypnose des autres soignants non formés ...

Même si toutes ces raisons semblent légitimes, nous pensons qu'elles correspondent davantage à l'expression de mécanismes de défense tels que le refoulement et l'évitement, face à une situation psychologique complexe pour l'hypnotiseur.

Au sein des services, certains professionnels formés ont abandonné l'idée de faire de l'hypnose mais utilise la communication thérapeutique et l'hypnose conversationnelle sans que cela soit formalisé.

Les autres ont pu dépasser l'appréhension de départ et se sont essayés à cette pratique nouvelle.

Ainsi, nous n'échappons pas à l'apparition de mécanismes de défense. En tant que psychologues nous nous questionnons sur l'angoisse contre laquelle ces mécanismes permettent de lutter.

Pour illustrer ce questionnement nous allons vous présenter à deux voix, deux vignettes cliniques :

E.S :1^{ère} Vignette :

SIDONIE a 46 ans, elle vit seule et n'a pas d'enfants, elle exerce le métier d'infirmière.

Elle est hospitalisée en neurologie pour trouble de la marche, amaigrissement et fatigue extrême. Une sclérose latérale amyotrophique est suspectée.

Dans le cadre de la démarche diagnostique le médecin décide de pratiquer une ponction lombaire. Il propose un accompagnement par l'hypnose. La patiente accepte.

Dans ce cadre, étant formée à l'hypnose en douleur aiguë, je suis sollicitée.

Je vais me présenter, le cadre est assez simple à mettre en place dans la mesure où la patiente a déjà entendu parler de ces techniques dans son milieu professionnel.

Je lui propose un accompagnement en hypnose formelle dont elle se saisit rapidement et aisément, en évoquant des souvenirs de navigation à la voile au cours desquelles des dauphins étaient venus jouer dans l'étrave du bateau.

Le dispositif pour faire la ponction lombaire est prêt, l'analgésie est efficace, le médecin, l'infirmière et moi-même nous installons. La patiente est assise au bord du lit, une chaise sous ses pieds, le médecin et l'infirmière sont dans son dos et installent le matériel d'intervention. Je suis assise sur une chaise, tout prêt d'elle.

Je lui propose de prendre une grande inspiration, de fermer les yeux si elle souhaite et je commence à décrire la situation en faisant appel à tous les sens.

J'évoque les éléments que j'ai recueillis, elle ne semble déjà plus dans la chambre mais sur ce bateau... Devant l'adhésion de la patiente à cet état, mon

accompagnement est léger et je n'ai pas besoin d'induire beaucoup d'éléments.

Le médecin et l'IDE pratiquent la PL, avec succès, dans le calme. Ils terminent, retirent le dispositif et partent dans le silence, en me faisant signe que tout s'est bien passé.

Je fais revenir doucement la patiente dans la chambre du service de neurologie. Elle ouvre les yeux et, étonnée, me demande si « c'est fait ? ». Elle n'a rien senti, rien entendu, rien vu de ce qui se passait dans la chambre.

F.V : Il existe une angoisse de départ naturelle devant toute nouvelle situation, toute nouvelle rencontre, c'est la peur de l'inconnu. Ici, le positionnement de la patiente, qui s'approprie facilement l'outil hypnotique, fait céder cette angoisse.

Par l'exposé de cette situation, nous souhaitons présenter un accompagnement par l'hypnose un peu idéal, comme cela peut parfois se passer.

Nous allons voir, avec la deuxième vignette, que ce n'est pas toujours si simple....

E.S :2^{ème} Vignette :

AGLAEE est une jeune femme de 28 ans, elle vit en couple, elle a deux enfants, de 4 ans et 18 mois. Elle est en congé parental, elle a une formation de téléconseillère.

Elle consulte son médecin une semaine après l'apparition apparemment brutale de troubles sensitifs des membres inférieurs. Elle est admise en neurologie.

Devant ce syndrome médullaire, le médecin demande une IRM de moelle épinière et décide de pratiquer une ponction lombaire à visée diagnostique. Il suspecte une Sclérose En Plaques.

Le médecin propose à la patiente d'accompagner la ponction par l'hypnose. Elle accepte et je suis sollicitée pour cet accompagnement.

Je ne sais pas, à ce moment, comment l'hypnose a été expliquée à la patiente. Je pose la question à l'infirmière, qui me répond : « je lui ai dit que tu allais la faire voyager dans un endroit agréable pendant que le médecin ferait l'examen ».

F.V : Dans cette situation, dès le départ, nous constatons, un biais, dans la présentation de l'outil hypnotique. Celui qui introduit l'hypnose n'est pas celui qui va pratiquer l'accompagnement. L'infirmière a suggéré à la patiente qu'elle allait « voyager ». L'hypnotiseur se retrouve presque avec une injonction à faire voyager faisant peser sur lui une certaine pression psychologique.

De plus, l'hypnotiseur n'ayant pas encore rencontré la patiente, il ne sait pas à ce moment-là, quel type d'outil hypnotique il va utiliser : hypnose conversationnelle ou formelle ? La rencontre avec la patiente étant indispensable au choix de l'outil hypnotique.

La confiance et l'alliance éventuelles dépendent de la qualité de cette rencontre avec le patient. Cette alliance espérée reste toujours incertaine (fragile, peut être illusoire???)

Nous voyons que ce biais dans la présentation est déjà à l'origine d'un certain inconfort psychologique pour l'hypnotiseur.

L'inconfort est ici majoré par l'idée d'une transe idéalisée, celle qui fait « voyager », parée de toutes les qualités, influencée par nos fantasmes.

C'est une idée fantasmée de l'hypnose, marquée par l'hypnose spectacle, par nos envies de toute puissance, par le besoin de maîtriser ou de mieux gérer ce qui nous fait souffrir ou nous angoisse, l'expression de la douleur de l'autre.

E.S : Je vais me présenter à la patiente.

Je la rencontre dans sa chambre, dans un court entretien pour lui présenter l'accompagnement par l'hypnose et recueillir quelques éléments.

F.V : *Présentation qui sera forcément un peu différente de celle de l'IDE.*

Je pose quelques questions ouvertes sur sa situation actuelle, mais elle donne peu d'éléments sur le plan verbal, mais je la perçois tendue, un peu excitée, je sens qu'elle ne parvient pas à se poser dans la relation, son regard est fuyant, son attention est appelée par d'autres choses : l'activité dans la chambre, son téléphone...

Je lui propose dans un premier temps un accompagnement en hypnose formelle, de type « lieu de sécurité », qui me paraît adaptée à cette situation.

F.V : *L'idée du « lieu de sécurité » s'est imposée à l'hypnotiseur devant la présentation non sécurisée et l'état de vigilance psychique de la patiente afin de lui permettre de se poser.*

E.S : Je lui demande si elle a un endroit où elle se sent bien, détendue, un endroit qu'elle aime bien.

Elle me répond que non, elle ne voit pas...

J'ai là un premier moment de solitude durant lequel, dans une sorte d'urgence, je cherche ce que je pourrais lui proposer, un autre outil hypnotique.

F.V : A ce moment, nous percevons l'angoisse de l'hypnotiseur face à l'imprévu de la situation, à l'absence de réponse et de perspective, une sorte d'angoisse du vide.

E.S : Je réfléchis assez vite et je pense au texte de G. Brosseau « ne rien faire ». Je me dis que je vais l'utiliser pour induire une détente face à son agitation. Je perçois qu'elle ne parvient pas à faire appel à ses ressources internes et que je vais devoir, dans un premier temps, être plus étayante.

Je lui dis qu'on va faire autrement, que je vais l'accompagner en lisant un texte.

F.V : Nous constatons alors, que devant la réaction de la patiente l'hypnotiseur doit s'adapter, créer ou inventer.

L'idée du texte « ne rien faire » vient probablement en miroir à l'immobilisme de la patiente, elle répond « rien », l'hypnotiseur propose de « ne rien faire ».

Pour l'hypnotiseur, l'idée du texte amène un soulagement, elle réduit, momentanément, l'angoisse de vide évoquée plus haut et l'inconfort psychologique qu'elle engendre.

Après ce temps de tâtonnement et de recherche de l'outil idéal à cette situation, l'hypnotiseur a trouvé un cadre à son intervention, un compromis avec la patiente.

On perçoit que les éléments d'alliance entre la patiente et l'hypnotiseur sont ici compliqués à mettre en place.

E.S : A ce moment-là, pour pratiquer la PL, il faut encore attendre 30 minutes avant l'efficacité du patch analgésique.

Je décide de quitter la chambre et je l'informe que le médecin, l'infirmière et moi-même reviendrons dans une demi-heure.

F.V : *Ici les contraintes techniques du soin viennent parasiter, par cette coupure relationnelle, l'installation déjà fragile de la relation de confiance.*

E.S : Après ce laps de temps, nous revenons dans la chambre.

La patiente est assise au bord du lit, une chaise sous ses pieds, le médecin et l'infirmière sont dans son dos et installent le matériel d'intervention. Je suis assise sur une chaise, tout prêt d'elle.

Je lui propose de prendre une grande inspiration, de fermer les yeux si elle le souhaite et je commence à lire le texte « ne rien faire » de G. Brosseau.

Mon intention dans cette situation est d'utiliser l'effet de lâcher prise induit dans le texte, porté par ma voix, de plus en plus ralentie, calée (je l'espère) sur la respiration de la patiente.

Assez rapidement, dans la première partie du texte, je perçois que lui et moi avons peu d'effet. La patiente a mis en place une respiration contrôlée, relativement courte et intense sous la forme inspiration par le nez, expiration par la bouche. Elle est totalement dans cette respiration, qui prend, me semble-t-il toute son attention. Je décide d'abandonner le texte et d'accompagner cette respiration, choisie par la patiente qui manifestement lui permet de supporter ce qui se passe. Deuxième moment de solitude... !

F.V : *Nous constatons que la patiente ne se saisit pas des outils proposés. Elle utilise, par cette respiration contrôlée, une ressource qui lui est propre, peut*

être celle expérimentée au moment de son accouchement encore récent. On peut faire l'hypothèse de l'intériorisation inconsciente de l'intérêt de cette respiration qui lui a déjà permis de tenir face à une situation angoissante. Elle ne semble pas recevoir les suggestions de l'hypnotiseur, elle est focalisée sur sa respiration, peut être en auto hypnose.

Devant cette réaction l'hypnotiseur peut à nouveau ressentir un sentiment d'échec. Cependant la patiente ne semble pas non plus rejeter sa présence.

Il est contraint de se remobiliser, mais finalement, dans une sorte d'acceptation de ce que la patiente met en place, il lâche prise, renonce à ses propres outils et se saisit de la ressource utilisée par la patiente, cette respiration rapide.

E.S: Je me calle sur sa respiration, je l'accentue par mon expire et par des encouragements à la prolonger, vers le nombril, dans les épaules.... Je ratifie, je félicite.... Elle parvient à la ralentir, ses épaules tombent, elle se détend.

Elle reste jusqu'au bout dans cette façon de vivre la PL, elle crispe son visage par deux fois mais ne sort pas de son état.

La Ponction Lombar est réussie.

F.V: *Tout au long de cette ponction lombaire, l'hypnotiseur a dû s'adapter, il a fait plusieurs propositions, quoi qu'il fasse, c'est le patient qui va décider de l'outil qui lui correspond. En l'occurrence, l'hypnotiseur ne fait que respecter le choix de la patiente. Il donne à cette respiration le même statut que les autres techniques qu'il lui a proposée.*

L'hypnotiseur pourrait avoir un sentiment d'insatisfaction. L'impression d'avoir mal maîtrisé la situation, de ne pas avoir suffisamment soulagé la patiente de sa douleur et de son anxiété.

E.S : Le lendemain, je croise la patiente dans le couloir du service, elle me salue et me signifie, par son langage para verbal (échange de regards et signe de tête), qu'elle me reconnaît, que l'alliance entre nous a eu lieu, et elle me dit qu'elle a gardé mes coordonnées.

F.V : *Pour conclure, ces deux vignettes cliniques illustrent la complexité psychologique de la situation dans laquelle peut se retrouver l'hypnotiseur. Il passe par des états divers, de doute, d'angoisse, d'inconfort, de soulagement, d'insatisfaction, de sentiment de réussite, etc...*

Nous avons d'ailleurs tous eu l'occasion de dire et/ou d'entendre après un accompagnement hypnotique : « ça a marché ou, il ou elle (le patient) est bien parti ou encore il n'était pas dedans...

Tous ces ressentis, toutes ces formules traduisent l'obligation de réussite qui pèse sur l'hypnotiseur. S'engager à faire de l'hypnose nous met face à des angoisses polymorphes, celles qui nous sont propres et celles liées à la culture hospitalière du protocole avec obligation de résultat.

Mais finalement, la transe idéale (loin de la transe idéalisée) est celle où l'hypnotiseur accompagne le patient dans la découverte et l'utilisation de ses propres ressources.

LE 1,2et 3 Mai 2014

FREDERIQUE VIGNERON

EMMANUELLE SIRAT