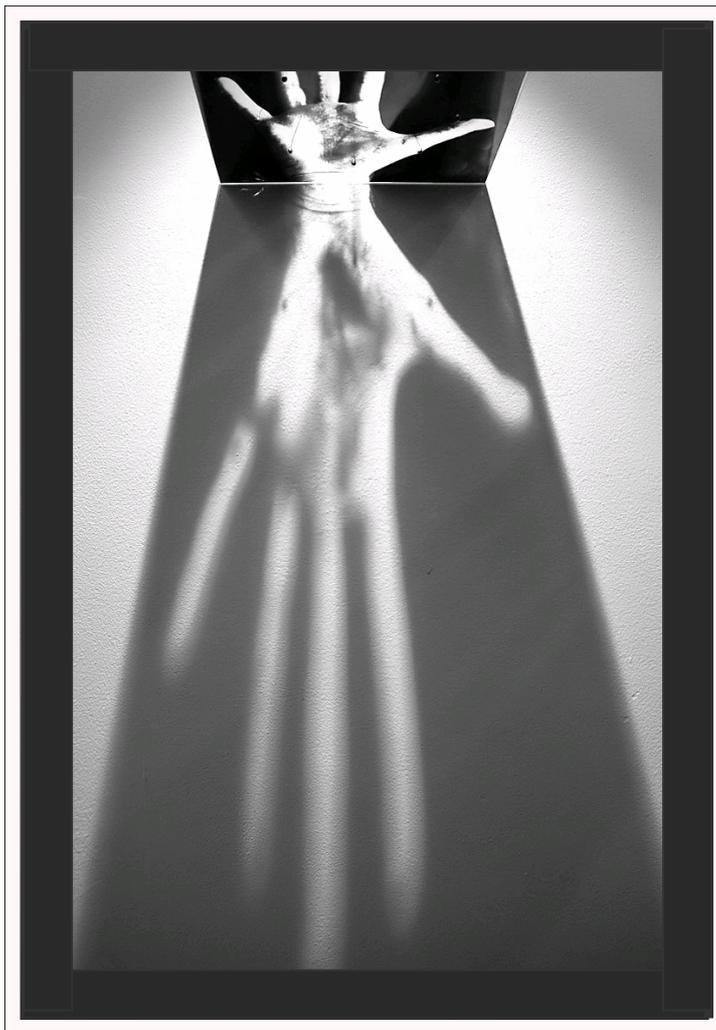


OSE L'HYPNOSE !



Un temps donné à écouter, un temps passé à partager,
Une pincée de sincérité et une cuillerée d'honnêteté,
De simples clés, pour commencer...

Martine QUINTARD, Infirmière Anesthésiste avec mission Douleur,
Hôpital Purpan, Toulouse (Haute-Garonne)

REMERCIEMENTS

A Patrick Bellet¹ et Jean-Claude Espinosa²,
mes maîtres en Hypnose,
qui m'ont ouvert un chemin ensoleillé près d'une mine d'or ...

A Michel Olivier³,
mon maître en Douleur,
celui sans qui la douleur n'aurait point envahi mon désir de la combattre ...

A Costel Apredoaei⁴ et Nathalie Collin⁵,
avec leur sens très distingué de la nature humaine...

A Richard Pizzuto⁶ et Monique Journou⁷
qui m'ont accordé leur confiance et qui soutiennent mes projets...

A mes collègues de travail
qui patiemment supportent mes caprices douloureux et hypnotiques...

A Francis, Yoann et Laurie,
sans qui vivre ne serait pas aussi riche et aussi doux...

A Maman, Papa, Maryse, Sandrine et Patrick
pour la merveilleuse famille qu'ils représentent...
et un clin d'œil particulier à Maman qui au cours de sa maladie m'a permise de découvrir,
d'arpenter et de mesurer le champ d'action de l'hypnose informelle...

A tous les patients que j'ai pris en charge,
que je n'ai pas forcément compris mais que j'ai perçus....
qui m'ont hypnotisée de leur richesse... et grâce à qui je grandis tous les jours...

... JE SUIS PARCE-QUE VOUS ÊTES....

¹ Patrick Bellet : Médecin, Acupuncteur, Président-Fondateur de la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves, Président de l'Institut Milton H. Erickson d'Avignon-Provence, Rédacteur en chef de la revue « HYPNOSE & Thérapies brèves »

² Jean-Claude Espinosa : Pédopsychiatre et Psychanalyste, Président de l'Institut Milton H. Erickson des Caraïbes, Directeur de l'enseignement du Diplôme Universitaire d'Hypnose éricksonienne et de thérapies brèves de la Faculté de Médecine de Fort de France

³ Michel Olivier : Médecin anesthésiste et algologue, Hôpital Purpan Toulouse

⁴ Costel Apredoaei : Chirurgien de la main, Hôpital Purpan Toulouse

⁵ Nathalie Collin : Kinésithérapeute, Service de traumatologie, Hôpital Purpan Toulouse

⁶ Richard Pizzuto : Cadre Supérieur de Santé, Service d'anesthésie et réanimation, Hôpital Purpan Toulouse

⁷ Monique Journou : Cadre de Santé, Service d'anesthésie, Hôpital Purpan Toulouse

SOMMAIRE

| | |
|---------------------------|-----|
| INTRODUCTION | p 3 |
|---------------------------|-----|

PREMIERE PARTIE : L'Hypnose dans quel contexte ?

| | |
|--|-----|
| 1. Comment suis-je arrivée à l'hypnose ? | p 5 |
| 2. Présentation de mon activité d'hypnose aux urgences | p 6 |
| 3. Présentation de mon activité d'hypnose dans le cadre de l'Unité de Douleur Aiguë | p 7 |
| 4. Présentation de mon activité d'hypnose spécifique aux pathologies douloureuses de la main | p 8 |

DEUXIEME PARTIE : Mes débuts en hypnose

| | |
|---|------|
| 1. La naissance | p 12 |
| 2. La confirmation | p 14 |
| 3. Du geste soignant à la maladie | p 16 |
| 4. Dépassée par l'adoration de la vierge | p 18 |
| 5. Arrêt sur image | p 19 |
| 6. La main en souffrance | p 21 |
| 7. Au cœur de l'équipe et au service du patient | p 23 |
| 8. Le temps n'est pas un obstacle au travail de la main en souffrance | p 25 |

TROISIEME PARTIE : Bilan de mon expérience

| | |
|--|------|
| 1. Mes hésitations à démarrer dans la pratique de l'hypnose..... | p 28 |
| 2. La première séance | p 29 |
| 3. Les séances suivantes | p 29 |
| 4. La pratique hospitalière | p 30 |
| 5. Un moyen de se faire plaisir | p 30 |
| 6. Ce que m'inspire ce début dans le monde de l'hypnose | p 31 |

| | |
|-------------------------|------|
| CONCLUSION | p 33 |
|-------------------------|------|

INTRODUCTION

Infirmière, puis infirmière anesthésiste j'ai pu au cours de ma carrière m'enrichir auprès des patients mais aussi, souffrir avec eux... En un temps ou le temps ne me semblait pas avoir d'importance et pourtant un temps proche du futur, un temps où la douleur n'était que fatalité, j'ai souvent vu cette douleur envahir les patients et j'ai souvent été impuissante face à elle... J'ai eu MAL, du mal de l'Autre... J'avais bien compris dans la relation à cet Autre que l'Homme supportait mal les agressions, les déceptions, les changements brutaux de sa façon de vivre et que tout cela pouvait entraîner un manque cruel sur le plan psychique et affectif, difficile à supporter sur le plan physique. J'avais aussi découvert dans cette relation à l'Autre un mirage pour adoucir les souffrances, mais mon chemin encore trop court à cette époque ne me permettait pas de me servir pleinement de cet oasis...

J'ai eu alors la chance de rencontrer CELUI pour qui la douleur est intolérable et à son contact, j'ai appris, beaucoup appris... J'ai appris qu'en matière de douleur, souffrance physique et souffrance psychique sont souvent présentes en même temps et plus ou moins liées entre elles et qu'il peut de ce fait, exister plusieurs niveaux d'action possibles. J'ai alors bien compris qu'il était important de savoir passer du contexte de soins avec tout l'arsenal thérapeutique au contexte de relation d'aide ou tout simplement de communication. Traiter la douleur du corps sans s'occuper de la douleur du psychisme de même que traiter le psychisme sans se préoccuper du corps est une hérésie. Comprenant bien l'importance de la relation à l'Autre, de la communication, je décidais de me former à la pratique de l'Hypnose, sachant que la communication représente la substance même de la relation hypnotique. En 2005, je débutais ma formation en Hypnose. Mise en application dans le cadre de la prise en charge de la douleur aux urgences (réduction de luxations, de fractures simples, réalisation de gestes invasifs...), j'ai pu apprécier à quel point l'Hypnose amène l'organisme à réagir d'un point de vue émotif et à quel point cette technique peut ouvrir des portes. J'ai trouvé en l'Hypnose une technique capable de réconcilier corps et esprit, un moyen de motiver le patient pour contrôler sa douleur et son anxiété.

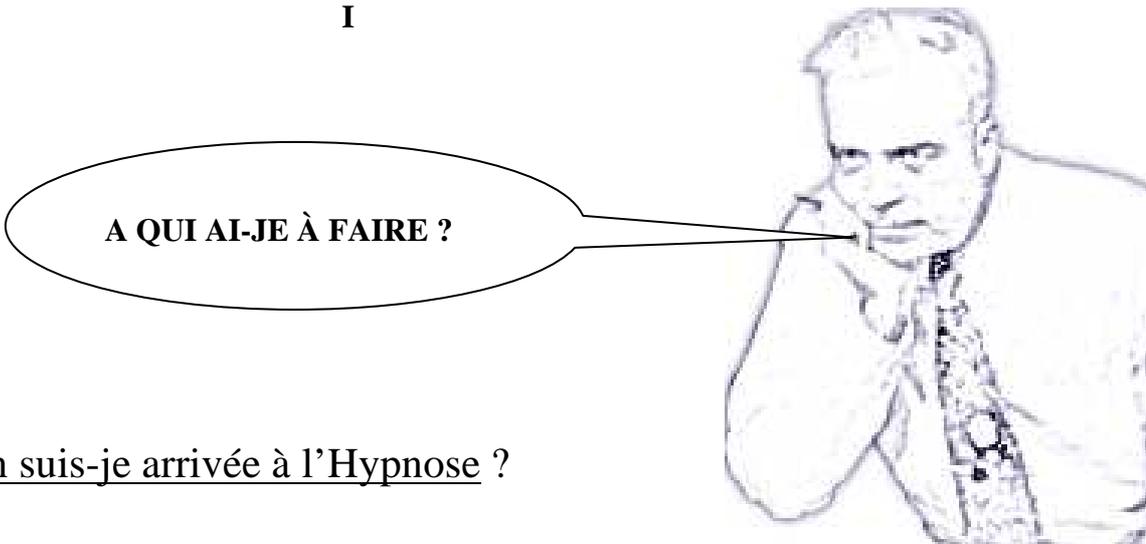
Aujourd'hui, actrice d'une Unité de Douleur Aiguë, je peux développer les cordes de ma vengeance... J'ai dorénavant dans mes bagages des armes pharmacologiques mais également avec l'Hypnose une arme relationnelle redoutable pour mettre à mal cette douleur, la faire à mon tour, souffrir de ne pas exister...

Ce mémoire est le témoin d'un début en Hypnose que j'espère sans fin... Après m'être attachée à développer rapidement le contexte d'exercice de mon métier d'infirmière anesthésiste pour positionner le cadre de ma pratique de l'hypnose, je m'arrêterai longuement pour relater et analyser mes débuts dans ce monde de l'Hypnose, débuts hésitants et balbutiants mais qui m'ont permis de découvrir, évoluer, régresser, réfléchir et qui m'ont finalement transportés sur un chemin ensoleillé et hypnotisant...

PREMIERE PARTIE

L'Hypnose, dans quel contexte ?





A QUI AI-JE À FAIRE ?

1. Comment en suis-je arrivée à l'Hypnose ?

Infirmière diplômée d'état (IDE) depuis 1985 j'ai exercé ma profession deux années en clinique privée pour ensuite rejoindre en 1987 le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) des Hôpitaux de Toulouse dans lequel je travaille toujours actuellement. D'abord infirmière en service d'urologie et vasculaire, en service de réanimation polyvalente, puis en service de réanimation neurologique, je suis depuis douze ans maintenant, infirmière diplômée d'état spécialisée en anesthésie (IADE) et travaille dans le service des Urgences de l'hôpital Purpan, hôpital dépendant du CHU de Toulouse. Pendant ces années d'anesthésie, j'ai développé des compétences spécifiques dans le domaine de la douleur, notamment en participant à la formation du diplôme Universitaire de Douleur de Montpellier que j'ai quittée diplômée en 1999. J'ai ensuite pu mettre à profit ma formation spécifique douleur en participant activement aux activités du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) des Hôpitaux de Toulouse dont je suis membre du bureau. Animatrice du groupe « Douleur induite » pour ce même CLUD et formatrice sur le thème de la douleur au niveau de l'hôpital, des cliniques privées, des écoles paramédicales et du diplôme universitaire de douleur de Toulouse, j'ai la chance de pouvoir partager mes connaissances dans le domaine de la douleur et surtout de transmettre mes convictions concernant la nécessité de prendre en charge correctement les douleurs des patients. En 2007, j'ai été actrice de la mise en place d'une Unité de Douleur Aiguë qui prend en charge, comme son nom l'indique, les problématiques de douleur aiguë sur tous les services de l'hôpital Purpan dans lequel je travaille. Cette mission est donc une mission transversale qui me permet d'aborder la problématique de douleur aiguë dans toutes les spécialités qu'elles soient issues de la médecine, de la chirurgie, de la réanimation ou bien des urgences et donc une mission très riche d'enseignements. Pour donner une meilleure réponse aux patients que je prends en charge pour ces problèmes de douleur, autant dans ma mission d'anesthésie que dans ma mission de douleur, il m'a semblé important de développer une technique non médicamenteuse réputée efficace dans ce domaine, en l'occurrence l'Hypnose. C'est ainsi, qu'en 2005 je débutais ma formation en Hypnose à l'Institut Milton H. Erickson d'Avignon-Provence, à Vaison la Romaine aux cotés de Patrick Bellet⁸ et Jean-claude Espinosa⁹.

⁸ Patrick Bellet : Médecin, Acupuncteur, Président-Fondateur de la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves, Président de l'Institut Milton H. Erickson d'Avignon-Provence, Rédacteur en chef de la revue « HYPNOSE & Thérapies brèves »

⁹ Jean-Claude Espinosa : Pédiopsychiatre et Psychanalyste, Président de l'Institut Milton H. Erickson des Caraïbes, Directeur de l'enseignement du Diplôme Universitaire d'Hypnose éricksonienne et de thérapies brèves de la Faculté de Médecine de Fort de France

2. L'Hypnose aux Urgences dans le cadre de mon activité d'anesthésie :

L'hypnose est aujourd'hui de plus en plus utilisée dans le secteur hospitalier et commence à trouver une place de choix dans le cadre de la prise en charge des patients en urgence et en anesthésie [1]. Les recherches cliniques et certaines études mettent en avant l'importance des facteurs émotionnels et cognitifs dans le vécu douloureux [2] expliquant bien la place de choix que peut avoir cette technique basée sur la communication, dans la prise en charge de patients aux urgences ou en anesthésie, sachant que dans ces situations d'urgence ou d'anesthésie le facteur émotionnel est prédominant. L'hypnose représente ainsi une technique très intéressante dans ce contexte car elle peut contribuer à ce que certains soins douloureux soient vécus de façon différente par l'atténuation significative de l'émotion voire de l'anxiété que peut apporter l'hypnose. Je m'attacherai à développer plus loin, dans le cadre du chapitre spécifique à mon activité de douleur, l'intérêt de l'hypnose en matière de douleur. Pour pouvoir développer une telle technique aux urgences ou en anesthésie, il a fallu bien entendu obtenir une adhésion de l'équipe qu'elle soit médicale ou paramédicale. Si les soignants sont convaincus de l'utilité de cette pratique les soins se font dans de meilleures conditions au bénéfice du patient mais si un seul des soignants n'adhère pas au principe de la technique cela crée un barrage souvent infranchissable. Vouloir pratiquer l'hypnose dans le cadre des urgences ou de l'anesthésie, c'est donc aussi apprendre à devenir persuasif en sachant qu'une fois le cap de la persuasion passé, la technique d'hypnose impose à elle toute seule la nécessité de recommencer.

Dans le cadre de mon activité d'anesthésie aux urgences, je me suis lancée dans la pratique de l'hypnose pour la réduction de luxations ou de fractures simples, la réalisation de gestes douloureux comme la mise en place de voies veineuses centrales ou encore dans le cadre de l'accompagnement des patients dans le contexte de l'anesthésie loco régionale. Dans certaines prises en charge de douleur ou d'anxiété majeure, il m'arrive d'utiliser de façon concomitante à la pratique de l'hypnose le MEOPA¹⁰, gaz fait d'un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote aux propriétés analgésiques et sédatives (sédation consciente) [3] [4].



Réduction d'une luxation de coude



Mise en place d'une voie veineuse centrale



Réalisation d'une anesthésie loco-régionale

¹⁰ MEOPA : Mélange équimoléculaire oxygène / protoxyde d'azote

3. L'Hypnose au niveau de l'Unité douleur Aiguë dans le cadre de ma mission douleur :

Depuis les années 2000 plusieurs congrès d'hypnose ont abordé le thème de la pratique de l'hypnose dans le cadre de la prise en charge de la douleur aiguë et ont pu ainsi démontrer l'intérêt dans ce domaine. Depuis, les choses ont bien évolué. Les praticiens en hypnose sont de plus en plus nombreux, les indications de l'hypnose se sont développées et les publications sur ce sujet se sont faites bien plus nombreuses. Les dernières techniques d'imagerie cérébrale telles la tomographie par émissions de positons (Pet-Scan) et l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) ont mis en évidence au cours de plusieurs études, une cartographie du cerveau tout à fait spécifique à l'état hypnotique [5], [6], [7] [8]. Ainsi, la suggestion hypnotique réduit l'activité de certaines zones du cerveau normalement stimulées lors d'actes de soins douloureux. La suggestion agit sur la composante affectivo-émotionnelle de la douleur, diminue son caractère désagréable et la perception de son intensité. Plusieurs études auprès de patients ont démontré la capacité de l'hypnose à atténuer la souffrance notamment au cours d'interventions chirurgicales. Une étude parue en 2000 dans la prestigieuse revue Lancet, et réalisée par le docteur Elvira Lang, anesthésiste du Beth Israel Deaconess Medical Center de Boston (États-Unis) et des collaborateurs d'autres universités américaines, décrit les effets positifs de l'hypnose sur le niveau de la douleur, le niveau d'anxiété, la consommation de médicaments, la fréquence des complications, la durée des interventions, ainsi que le bilan financier [9]. De la même manière depuis les années 1990, le Docteur Marie-Elisabeth Faymonville développe la technique d'hypnosédation pour remplacer l'anesthésie générale au cours de la chirurgie, technique avec laquelle elle a réalisé plus de 3500 interventions chirurgicales. Elle a pu démontrer au travers de ses travaux qu'outre la détente l'hypnose permet de diminuer les médicaments sédatifs et analgésiques au cours de la chirurgie et de par leurs effets secondaires, de diminuer les douleurs postopératoires et d'accélérer la récupération [10], [11], [12]. Elle affirme : « Les études cliniques et les différentes recherches prouvent que l'hypnose est efficace pour lutter contre la douleur. », peut-on encore nier la place de l'hypnose pour la prise en charge de la douleur en médecine moderne ?

Il y a un an et demi, en plus de mon activité d'anesthésie, j'ai eu la chance de participer à la mise en place de l'Unité de Douleur Aiguë au sein de l'hôpital Purpan. Depuis son ouverture en octobre 2007, cette unité a pris en charge 250 patients qui ont bénéficié chacun d'une moyenne de 2,7 consultations et a suivi 2100 patients qui ont bénéficié de la technique PCA¹¹ pour la gestion de leur douleur. Dans ce contexte de rencontre fréquente avec le patient douloureux, j'ai maintes occasions de proposer l'Hypnose. Malgré une présence sur cette unité ne représentant qu'un quart de mon temps de travail j'ai pu appliquer l'hypnose comme traitement non médicamenteux de la douleur chez 12,8% des patients pris en charge par l'unité. Je développe l'hypnose dans le cadre de la prise en charge de douleurs telles l'algothallucinoïse ou douleur de membre fantôme, la douleur neurogène qui n'est pas forcément une douleur très intense mais par contre très insupportable de par son caractère particulier permanent et « grignotant » et de par ses accès paroxystiques, mais également dans le cadre de la prévention des douleurs induites au cours de gestes soignants invasifs douloureux à visée diagnostique ou thérapeutique (pansements, actes invasifs radiologiques, endoscopies...). L'hypnose développée dans ces contextes de douleur importante permet aux patients de mieux gérer leur douleur et leur stress.

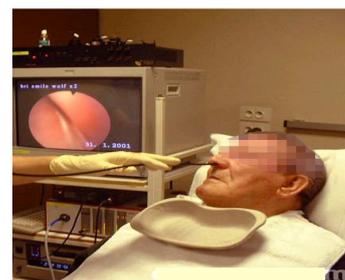
¹¹ PCA : Analgésie Contrôlée par le Patient - Le patient relié à une pompe munie d'un micro processeur préalablement programmé, s'auto-administre des bolus d'analgésiques lorsque il ressent de la douleur.



Amputation potentiellement génératrice d'agohallucinose



Pansement potentiellement douloureux



Fibroskopie digestive à visée diagnostique très anxiogène et potentiellement douloureuse

4. L'hypnose dans les pathologies douloureuses de la main :

Ayant participé à certaines de mes expériences en hypnose concernant des réductions de luxation ou de fractures simples, l'un des chirurgiens spécialisés dans la main et intervenant sur le service des Urgences où je travaille m'a proposé de prendre en charge certains de ses patients atteints de pathologies douloureuses de la main telles l'algodystrophie ou les adhérences post-chirurgicales. Les patients dont il souhaitait que je m'occupe étaient pour certains hospitalisés et pour d'autres simplement vus en consultation externe. Ces patients m'ont été adressés à différentes phases de la maladie, phase initiale ou phase évoluée. Les symptômes présentés par ces patients étaient assez stéréotypés, main gonflée, chaude, inflammatoire, poignet bloqué, syndrome douloureux de l'extrémité des doigts pouvant remonter jusqu'à l'épaule et membre ignoré positionné plaqué contre l'abdomen et fléchi, comme porté par une écharpe nouée autour du cou et ne participant nullement aux activités de la vie quotidienne. J'ai alors mené auprès de certains de ces patients qui m'ont été proposés un travail en hypnose axé sur les perceptions du corps et la réalisation de mouvements inconscients. Pour certains autres patients j'ai réalisé un travail en hypnose comme pour les précédents auquel j'ai couplé un travail de kinésithérapie passive (massages, mobilisations passives) pratiqué par une collègue kinésithérapeute pendant les séances. J'ai rapidement eu l'impression que le travail en binôme avec un travail en hypnose sur le mouvement inconscient et les perceptions du corps couplé à un travail en kinésithérapie manuelle passive permettait une évolution favorable plus rapide de la pathologie. C'est à partir de cette constatation que nous avons développé auprès de ces patients porteurs de pathologies douloureuses de la main, un travail d'équipe centré sur l'hypnose.

Rapidement et à la vue de premiers résultats très satisfaisants, d'autres chirurgiens plus ou moins spécialisés dans les pathologies de la main et un rhumatologue nous ont eux aussi proposé certains de leurs patients. Dans cette première expérience, nous avons pris en charge un total 15 patients qui ont suivi en moyenne chacun 5,2 séances d'hypnose de 1h à 1h30 associées à un travail en kinésithérapie passive. J'ai été personnellement amenée à refuser de nombreux patients car je n'avais pas de temps spécifique alloué à cette activité et je ne pouvais réaliser les séances d'hypnose qu'en dehors de mes heures de travail ou bien sur le temps dédié à l'Unité de Douleur Aiguë dans laquelle je ne travaille qu'à quart temps.

Cette expérience m'a permis de m'intéresser plus particulièrement à la pathologie douloureuse de la main qu'est l'algodystrophie, pour laquelle il me semble très important de développer l'hypnose et pour laquelle certains travaux ont montré l'intérêt [13]. L'algodystrophie ou syndrome douloureux régional de type I ou II est une complication imprévisible qui peut survenir après n'importe quel traumatisme ou après n'importe quelle intervention chirurgicale d'un membre, même si ce traumatisme ou cette intervention est minime voire insignifiant et je dirai même, d'autant que ce traumatisme ou cette intervention chirurgicale est minime ou insignifiant. Le syndrome douloureux régional de type 1 se développe après un évènement causal qui intéresse l'appareil locomoteur (fracture, entorse, luxation, lésion tissulaire) alors que le syndrome régional de type II se développe après la lésion d'un nerf périphérique, d'une de ses branches ou d'un tronc. Le diagnostic est évoqué devant l'association après traumatisme ou chirurgie d'une douleur spontanée, continue, intense et difficilement contrôlable, de symptômes dysautonomiques (vasomoteur, sudomoteur, œdème), sensitifs (allodynie, hyperpathie, hyperalgésie, hyper ou hypoesthésie) et moteurs [14]. Ce diagnostic peut être confirmé par une hyperfixation à la scintigraphie osseuse. La particularité de cette pathologie est qu'elle débute le plus souvent à distance de la chirurgie ou du traumatisme et donc il s'agit d'une pathologie qu'on voit rarement au décours de l'hospitalisation. Cette pathologie se développe le plus souvent après retour au domicile et les patients se retrouvent souvent seuls chez eux face à cette problématique douloureuse envahissante et souvent mal comprise et non reconnue. La fréquence de survenue de l'algodystrophie n'a pas été étudiée de façon globale mais a été étudiée pour des pathologies particulières. Dans le cadre de la chirurgie pour maladie de Dupuytren, par exemple, l'algodystrophie est développée chez 10% des hommes et chez 30% des femmes qui ont subi cette chirurgie [15], autrement dit, fréquemment. Le mécanisme de cette pathologie est mal connu, il fait intervenir le processus de douleur mais aussi le système nerveux sympathique [16] et probablement des facteurs psychologiques bien que ce sujet soit controversé [17]. Dans le cas des 15 patients que j'ai eu à prendre en charge, j'ai effectivement pu noter associé à la pathologie, un contexte personnel très chargé du point de vue émotionnel. Le traitement de cette pathologie n'est pas encore clairement codifié, la rééducation précoce sous traitement antalgique, les injections de calcitonine et les blocs anesthésiques du membre sont largement développés dans ce contexte. Les derniers congrès de chirurgie de la main insistent sur l'intérêt de la pratique de l'hypnose dans la prise en charge de ces patients porteurs d'algodystrophie. L'évolution de l'algodystrophie se fait sur plusieurs mois voire plusieurs années. Au cours de l'évolution de l'algodystrophie les patients consomment de nombreuses consultations médicales et paramédicales, beaucoup de médicaments antalgiques et autres, beaucoup d'arrêts de travail et outre la douleur insupportable qu'ils vivent, ils semblent très fréquemment dans une dépression réactionnelle. Au terme de l'évolution, les séquelles peuvent être majeures pour les patients, on peut retrouver la douleur chronique, la dépression et des séquelles physiques définitives à type de raideur voire de déformation du poignet et des doigts générant un véritable handicap dans la vie de tous les jours.



Algodystrophie
d'un
poignet gauche



Radiologie d'une
algodystrophie
(poignet gauche)



Scintigraphie d'une
algodystrophie
(poignet gauche)

Pendant les séances d'hypnose associées à la kinésithérapie sur les 15 patients porteurs d'algodystrophie que nous avons pris en charge, nous avons pu faire plusieurs constats :

- La douleur pendant les séances au dire de la totalité des patients interrogés est perçue comme moindre et comme lointaine, la rendant ainsi tout à fait tolérable.
- Grâce au travail de massage et de mobilisation passive réalisé au cours de la séance d'hypnose, les patients arrivent à réaliser des mouvements qui sont impossibles d'une façon naturelle. La réalisation de ces mouvements amène à des améliorations de l'amplitude des mouvements que peuvent mesurer les patients dès la fin de la séance. Ces améliorations notées à la fin de la séance sont très souvent maintenues d'une séance sur l'autre.
- Nous avons observé chez les quinze patients qui nous ont été adressés que le membre supérieur porteur de l'algodystrophie est lors de la prise en charge initiale totalement ignoré (positionné plaqué contre l'abdomen et fléchi, comme porté par une écharpe nouée autour du cou) et absolument incapable de participer à l'activité quotidienne. A la suite d'une à deux séances nous avons constaté pour la totalité des patients pris en charge que le membre ignoré avait pu reprendre sa place de membre potentiellement actif et s'était positionné dans la même dynamique que le membre supérieur sain.
- Nous avons remarqué dans la quasi-totalité des cas que lors de la prise en charge initiale les patients ont un visage fermé, triste et quelques fois maculé de larmes. A la suite de deux à trois séances et quelques fois même au cours de la première séance, nous observons un net changement dans le sens détente du visage et apparition du sourire qui nous renseigne sur un probable mieux être psychologique, tout au moins du temps de la séance.
- Nous avons pu également constater que lors de la première consultation, tous les patients nous saluaient en nous tendant la main saine. Dès la deuxième voire la troisième consultation, ils nous saluaient tous avec leur main « malade » ce qui pouvait nous renseigner déjà sur un état d'amélioration de la pathologie.
- Dans la totalité des cas, nous avons noté que très rapidement la relation soignant/soigné s'est améliorée, de par l'écoute, de par l'attention que nous soignants avons porté aux symptômes décrits, de par le choix de nos propres mots à la hauteur du propre langage du patient. Il s'est établi entre nous soignants et le patient, une certaine complicité probablement très importante dans le processus de guérison.

Au final, sur les 15 patients que nous avons pris en charge dans cette première expérience, 14 ont évolué favorablement avec retour à un aspect normal et une autonomie satisfaisante du membre porteur de l'algodystrophie devenu quasi indolore. Un cas a nécessité une interruption de l'hypnose volontaire de notre part afin de motiver la patiente à revenir nous voir dans d'autres prédispositions (elle trouvait du bénéfice à sa pathologie et elle ne souhaitait pas encore la voir disparaître). Enfin, au cours de cette expérience, nous avons pu constater que plus les patients nous étaient envoyés précocement dans l'évolution de la pathologie et plus l'inversion du processus était rapide, ce qui nous amène à penser déjà qu'il serait intéressant de prendre en charge tous ces patients porteurs d'algodystrophie en phase chaude de la maladie.

Au vu de ces premiers résultats intéressants, et avec le soutien du médecin anesthésiste et algologue de l'unité de douleur aiguë dans laquelle je travaille, un projet de création d'une consultation spécifique d'Hypnose dédiée aux pathologies douloureuses de la main mais aussi à la problématique de douleur en général a été proposé comme nouvelle activité au sein de l'hôpital dans lequel je travaille. Le projet a été retenu par le service d'anesthésie de l'hôpital. C'est ainsi que depuis début mars 2009, une consultation spécifique d'Hypnose animée par moi-même et destinée à la problématique de douleur a vu le jour sur l'hôpital Purpan. Cette consultation fonctionne une demie journée par semaine permettant ainsi la prise en charge de quatre voire cinq patients externes par semaine.

DEUXIÈME PARTIE

Mes débuts en hypnose



Voici racontées ici, ma première expérience d'hypnose et quelques unes de mes expériences qui m'ont amenées à réfléchir et à progresser....

I

LA NAISSANCE

Tout s'annonce calme... en cette soirée d'été, l'hôpital est calme, les patients sont peu nombreux dans le service des urgences dans lequel je travaille. Le BIP de l'anesthésiste avec qui je suis de garde retentit soudain, le BIP ce soir là a un son particulier comme un son nouveau, celui d'une Naissance ...

Un jeune homme de quinze ans vient d'arriver avec une facture déplacée du cinquième doigt de la main droite, il faut réduire cette fracture sous anesthésie générale et éventuellement dans un deuxième temps embrocher la fracture. Le jeune Y vient de manger et son estomac plein représente un risque pour la réalisation d'une anesthésie générale. L'anesthésiste avec qui je travaille me dit : « *Et si tu tentais un travail en hypnose ? Puisque tu es formée pourquoi ne pas se lancer ?* » Mon sang fait un tour en moi...les mots font écho dans ma tête... « *Et... si tu tentais ... un travail en hypnose ???* » Moi ? Moi en hypnose mais que puis-je apporter à ce jeune ? Le doute m'envahit, non je ne suis pas capable, non mon expérience de stage avec Patrick et Jean-claude n'est pas suffisante, je n'ai suivi que le module initiation et le module perfectionnement, je suis encore loin de connaître l'hypnose...comment oser proposer quelque chose... « *Tu sais* » me dit l'anesthésiste, « *tu peux, peut-être utiliser en même temps le MEOPA* »... Le MEOPA je connais bien car je suis référente en matière de formations MEOPA sur l'hôpital... mais ses effets analgésiques et sédatifs que je connais parfaitement bien ne me rassurent pas, lui seul ne permet pas en général ce genre de geste. Mais, ai-je le choix ? Le programme semble tracé, l'anesthésiste compte sur moi, l'institution a payé ma formation, ai-je le droit de refuser ? Vais-je garder cette formation pour moi ? Non ce serait de l'égoïsme, non je dois partager...je dois me lancer...il faut que je me lance ! « *Tu sais* » dis-je à l'anesthésiste, « *je ne suis pas encore très sûre de ma technique, je ne sais pas de quoi je suis capable, je doute de moi...* ». « *Mais nous ne risquons rien !* » reprend-elle, « *Si Y a mal lors de la réduction, nous arrêterons tout et nous passerons à l'anesthésie...allez on se lance !* ». Je n'ai plus le choix... les choses sont posées, voyons vite, il faut que je me remémore la technique d'une séance ! Tout se mélange dans ma tête, j'ai oublié la trame technique de la séance d'hypnose, le stress m'envahit... Nous allons avec l'anesthésiste, à la rencontre de Y, une infirmière est en train de mettre en place des antalgiques par le biais d'une perfusion... Ce soir là, l'anesthésiste ne fait pas sa consultation d'anesthésie, ce soir là elle propose à Y une séance d'hypnose accompagnée d'un gaz antalgique...ce soir là il n'y a pas de consultation d'anesthésie, ce soir là, c'est moi qui vais mener la « consultation » auprès d'Y. Y vient d'accepter de partir pour un voyage en Inde...mon Dieu ! Mais l'Inde je connais mal...comment vais-je m'en sortir ? Ah oui, les suggestions ouvrant toutes possibilités...le catalogue de « la Redoute » comme dit Patrick.... Et le chirurgien traumatologue qui va réduire la fracture, que va-t-il penser de tout cela ? Un chirurgien qui accepte de réduire une fracture sous hypnose, est-ce possible ? Et voilà que les brancardiers viennent chercher Y pour l'amener au bloc opératoire, la machine est lancée, tout va trop vite, je n'ai pas le temps de réfléchir, tout va trop vite...je ne peux plus faire marche arrière.

A l'arrivée au bloc opératoire l'anesthésiste se charge d'informer le chirurgien de la façon dont nous allons travailler ce soir, il n'interviendra que lorsque je lui aurai fait signe, il accepte...c'est à moi de jouer. Tout le personnel du bloc opératoire déjà informé par l'anesthésiste est là présent à la porte de la salle, discret mais curieux de voir ce qui va se

passer...et en plus j'ai des spectateurs !!!...il faut que je donne tout ce que je peux, mais ils vont tous m'écouter, vais-je être à la hauteur, que vont-ils penser de mes balbutiements ? Il faut se ressaisir ! Je vais faire comme à Vaison, comme si je travaillais avec une collègue en formation elle aussi ! Je mets en place le masque avec le MEOPA sur le nez et la bouche de Y et nous voilà partis. Après une induction un peu maladroite, les mots arrivent, les mots se succèdent et les mots finissent par glisser naturellement jusqu'à couler comme une source... et nous voilà partis pour un voyage dans un pays extraordinaire, un pays dans lequel le temps n'a plus d'importance, un pays qui pouvait ressembler à l'Inde, un pays dans lequel je suis partie avec Y en y croyant, en y participant convaincue, motivée, un voyage en Inde dans lequel j'ai moi aussi été transportée comme emportée par les mots.... Et dans ce pays extraordinaire, j'ai joué de « la Pomponnette », le sage du pays a expliqué à Y comment se protéger de l'extérieur, comment faire en sorte que l'extérieur n'ait plus d'importance et l'extérieur n'a plus eu d'importance.... Le chirurgien a réduit la fracture et le sourire était présent sur les lèvres de Y, un sourire de bien être, un sourire venu de ce pays là-bas, ce pays extraordinaire...et Y est revenu de ce pays extraordinaire, il est revenu avec un trésor pour moi... Ce trésor, c'était son sourire et les quelques perles qui ont jaillies de sa bouche : *«J'ai fait un super voyage, c'était merveilleux !!!»* Je n'en crois pas mes yeux, la fracture est réduite et Y s'est senti bien, se sent bien, se sent très bien... Le chirurgien va plâtrer la main et Y va pouvoir rentrer chez lui...

Ce soir là, il n'y a pas eu d'anesthésie générale...Ce soir là, il n'y a eu que moi et MEOPA... il n'y a eu qu'une séance d'hypnose naissante mais portée par le coeur ... et il y a eu un super voyage sans douleur juste avec un sourire... un sourire qui m'a invité à prendre mon envol vers le monde de l'hypnose...

II

LA CONFIRMATION

Il est onze heures du matin, le service des urgences commence à s'affairer. On sonne dans le SAS d'accueil des patients. La sonnerie du SAS a ce jour là un son particulier, celui d'une Confirmation ...

Madame X, quatre-vingt six ans vient d'être amenée par les sapeurs pompiers pour une suspicion de luxation de l'épaule droite suite à une chute de sa hauteur. Madame X a été mise sous MEOPA et perfusée par l'infirmière qui lui administre maintenant des antalgiques. Sa douleur est en train de s'atténuer mais est toujours présente. La radiographie de l'épaule faite en urgence confirme la clinique, Madame X présente bien une luxation d'épaule, il s'agit d'une luxation postérieure. L'urgentiste appelée au chevet de Madame X va réduire mécaniquement la luxation mais souhaite apporter un certain confort à Madame X et me propose d'encadrer la réduction avec une séance d'hypnose associée au MEOPA déjà en place. Malgré une première expérience d'hypnose positive, je me sens encore hésitante face à cette proposition, mais, ai-je le droit de refuser ? En effet, si je n'interviens pas la réduction se fera simplement sous MEOPA. Ai-je le droit de refuser d'apporter un plus par le biais d'une technique non médicamenteuse ? Ma décision est alors rapide, je vais essayer de donner un peu de moi pour apporter un peu de bien être à Madame X. Encore une fois, mes propres barrières personnelles font surface, je vais être écoutée par l'urgentiste, que va-t-elle penser de mes salades, mon histoire va-t-elle être « écoutable » de l'extérieur ? Tant pis, je me fous de ce que va penser l'urgentiste ! Après tout, c'est elle qui m'a demandé d'intervenir !

L'urgentiste propose la séance d'hypnose accompagnée du gaz antalgique déjà en place à Madame X qui accepte. Je n'ai pas de temps à perdre, la douleur toujours présente chez Madame X m'indique qu'il faut que je fasse vite. L'anamnèse doit être rapide. Je sens que le courant passe très bien avec Madame X et qu'une relation de confiance s'instaure entre nous. Rapidement Madame X me parle de ses activités et notamment me précise qu'elle adore se promener dans un petit bois près de chez elle. La séance peut débuter, nous irons nous promener au bois... et nous nous poserons là, dans un coin du bois, pour apprendre à se protéger de l'extérieur.... La réduction peut commencer, j'ai tenté de protéger Madame X, j'y crois, je suis convaincue, il faut... La réduction commence, l'urgentiste déplace le bras de Madame X précautionneusement dans un premier temps, puis plus énergiquement, puis sans scrupules dans tous les sens vers le haut, vers le bas, vers elle... aucune réaction de douleur n'est perceptible chez Madame X...et nous continuons à nous promener dans ce petit bois agréable sans que l'extérieur n'ai plus d'importance, plus aucune importance... Malgré l'absence de limitation de mouvement la tête humérale ne veut pas reprendre sa place sans la loge qui lui est réservée. Comment puis-je faire pour induire une myorelaxation là, dans ce bois où Madame X a accepté de se promener ? Je suis à cours d'idées, je n'avais pas prévu ça...et si j'utilisais une métaphore ? Et si le bras se laissait aller tel l'oiseau porté par l'air laisse ses ailes se déployer, libres de toutes contraintes, libres de tous mouvements... mais rien n'y fait... pas de myorelaxation pour aujourd'hui...la tête humérale ne rentrera pas dans sa loge... L'oiseau s'est posé, la ballade dans le bois s'est terminée et Madame X en est revenue avec le sourire, un sourire détendu, paisible accompagné d'une seule phrase qui m'était destinée : « *Petite, vous ne savez le bien que vous m'avez fait !* » Pas un mot n'a concerné l'épaule, l'épaule était absente, la luxation était oubliée...oubliée la luxation et pourtant, présente était la luxation...

Aujourd'hui, il y aura anesthésie générale pour Madame X, la luxation d'épaule n'a pas été réduite, la luxation d'épaule est toujours présente... mais, au diable les remords, Madame X s'est sentie si bien !!! Ce bien être m'a invité, malgré un objectif non atteint à confirmer mon envol dans ce monde d'hypnose... et ... il y aura d'autres séances d'hypnose.

III

DU GESTE SOIGNANT A LA MALADIE

Il est quatorze heures et j'interviens dans le secteur du déchocage des urgences pour une mission ponctuelle. Le secteur du déchocage est calme, de par la fenêtre centrale on peut noter que le ciel est gris... un rayon de mieux être va aujourd'hui éclaircir ce ciel....

Madame J est transférée du service des soins intensifs de gastro-entérologie vers le service de déchocage des urgences pour subir la mise en place d'une voie veineuse centrale. Je suis présente à l'arrivée de Madame J puisque l'anesthésiste m'a demandé d'accompagner la pose de la voie veineuse profonde par une séance d'hypnose associée à l'utilisation du MEOPA, si bien entendu la patiente est d'accord.

Dans son lit, Madame J est triste, son visage est fermé, on perçoit la peur dans son regard. Madame J me parle de la maladie de Crohn pour laquelle elle est hospitalisée. Cette maladie est apparue à l'âge de vingt et un ans et est restée en sommeil pendant plus de vingt ans. A quarante six ans la maladie refait surface alors que Madame J me décrit l'origine de cette nouvelle poussée de maladie : des problèmes dans le cadre de son travail. Depuis une semaine Madame J ne mange plus, son tube digestif a été volontairement mis au repos et aujourd'hui il est prévu de mettre en place une voie veineuse centrale pour permettre une alimentation entérale et un traitement spécifique de la maladie. Madame J a pratiqué le yoga pendant de très nombreuses années et ma proposition d'encadrer le geste par une séance d'hypnose est une aubaine pour elle. Je lui propose d'adjoindre à la séance l'utilisation du MEOPA après lui en avoir expliqué l'intérêt analgésique et sédatif, elle accepte. Madame J aime les voyages et souhaite faire un voyage, peu lui importe la destination... Je mets en place le masque pour l'administration du MEOPA sur le nez et la bouche de Madame J et nous voilà parties pour une induction via un grand voyage dans un pays extraordinaire, un pays qui est celui de Madame J, un pays dans lequel le temps n'a pas d'importance, un pays dans lequel se sent bien Madame J. Dans ce pays, j'ai pu noter à quel point Madame J s'est laissée aller, elle s'est laissée aller jusqu'au sourire que je n'avais encore jamais vu sur ses lèvres... mais brutalement des soubresauts, des sueurs et Madame J se met à vomir. Je retire rapidement le masque avec le MEOPA, Madame J continue à vomir, je nettoie le visage de Madame J avec un linge humide et elle me supplie de continuer la séance. Je stoppe l'administration de MEOPA qui aurait pu être à l'origine des vomissements et je reprends la séance d'hypnose tel le souhaitait Madame J. Comment fallait-il reprendre, fallait-il recommencer au départ, fallait-il reprendre où je m'étais arrêtée ? Ni Patrick, ni Jean-Claude n'avaient abordé ce problème en formation, j'étais seule face à cette situation et je devais improviser. Madame J avait déjà fermé les yeux et attendait que je la ramène dans ce pays où elle se sentait bien et elle est repartie dans ce pays sans que je ne sache comment, je ne sais comment, mais elle est repartie loin très loin avec le sourire aux lèvres. Et dans ce pays, aidée par le grand sage du pays, elle s'est protégée de l'extérieur et l'anesthésiste a pu réaliser l'infiltration d'anesthésique local au niveau de la zone sous-clavière gauche sans douleur ... et l'anesthésiste a pu mettre en place la voie veineuse profonde en sous-clavier gauche sans douleur... J'ai pu proposer à madame J de garder en souvenir un moment de cette séance et elle en a gardé un très particulier me dira-t-elle par la suite... Madame J est revenue de son voyage dans ce box de déchocage en ce jeudi du mois de juillet et ses premiers mots m'ont été adressés : « *Vous savez, ce n'est pas votre faute si j'ai vomi. Je n'ai pas vomi depuis plus de*

trente ans et si j'ai vomi là pendant cette séance c'est parce que tout ce qu'il y avait de mauvais dans mon tube digestif est enfin sorti...je pense que je suis guérie... ». Madame J me raconte, alors qu'elle est à jeun depuis une semaine, que pendant la séance elle a mangé un énorme sandwich, vous savez me dit-elle : *« ces sandwich qui sont trempés dans la friture et qui sont ensuite garnis avec tout ce qui peut vous faire envie, comme ceux que j'ai mangé lorsque j'ai été en vacances au Sénégal... J'ai mangé ce sandwich avec un plaisir extrême, je me suis régalée, n'avez-vous pas vu mon sourire ? »* J'acquiesce. *« C'est d'ailleurs peut-être ce sandwich qui a été difficile à digérer et qui vous a fait vomir »* lui dis-je. Madame J est formelle le sandwich a été un vrai plaisir et c'est d'ailleurs ce souvenir qu'elle a gardé en mémoire pour pouvoir s'en servir à l'avenir si nécessaire, les vomissements eux n'ont rien à voir, *« ils ne sont que l'expression des mauvaises choses enfin sorties du tube digestif »* me dit-elle... Madame J souhaite que nous puissions recommencer *« cette expérience fabuleuse »* (selon ses termes) dans sa chambre en service de gastro-entérologie. Je lui explique que ma fonction ne me permet pas ce genre d'intervention mais par contre, je lui suggère d'avoir recours à l'infirmière sophrologue mise en place spécifiquement pour cela sur l'hôpital. J'apprendrai plus tard, de la bouche de l'infirmière sophrologue que Madame J a décrit la séance comme l'ayant soignée... une semaine plus tard elle quittait l'hôpital.

IV

DEPASSEE PAR L'ADORATION DE LA VIERGE

Il est quinze heures et le secteur de déchocage des urgences est agité, deux patients graves viennent d'être pris en charge, il y a comme un vent d'agitation, comme un souffle venu d'ailleurs, souffle qui va continuer à sévir...

Monsieur V, 47 ans, est admis transitoirement dans ce secteur du déchocage alors que l'ambiance est encore agitée. Monsieur V doit subir la mise en place d'une voie veineuse centrale de gros calibre dans le cadre d'une maladie hématologique, une leucémie aiguë. Cette voie permettra au centre de transfusion de réaliser chez Monsieur V un prélèvement de cellules souches qui seront restituées dans un deuxième temps à Monsieur V, alors qu'il aura suivi un traitement par chimiothérapie et qu'il sera en aplasie médullaire. Monsieur V est dans un processus de traitement lourd, il ne parle pas de sa maladie. Monsieur V fait partie de la famille des gens du voyage. Il accepte d'être accompagné en hypnose et de recevoir conjointement du MEOPA. Au cours de l'anamnèse Monsieur V m'avoue adorer se promener dans les grands magasins et se régaler à observer les rayons. Je mets en place le masque pour l'administration de MEOPA et nous voilà partis pour une induction classique qui tente de guider Monsieur V vers une grande surface. Alors que les rayons du grand magasin s'offrent à monsieur V, j'ai l'impression que Monsieur V m'échappe, monsieur V s'est égaré dans les rayons de cette grande surface ! Je l'ai senti partir dans un autre monde mais pas dans celui que je lui proposais. Des mots ont commencé à sortir de la bouche de Monsieur V, des mots inaudibles initialement. Petit à petit les mots se sont faits plus puissants, se sont éclaircis et je compris que Monsieur V n'était ni dans une grande surface, ni dans ce secteur du déchocage... Monsieur V s'était arrêté en chemin car il avait rencontré la Vierge. Monsieur V s'adressait à elle, il la remerciait, il pleurait et lui avouait « *je t'aime, je t'aime !* », je percevais l'adoration sur son visage... Monsieur V était avec la vierge et rien ne pouvait plus le ramener ni dans une grande surface, ni dans ce secteur du déchocage... Que faire ? La situation m'échappait complètement, je paniquais... Ni Patrick ni Jean-Claude ne m'avaient parlé lors de ma formation en hypnose, d'un tel dérapage et personne autour de moi ne percevait la situation dans laquelle j'étais, je ne maîtrisais plus rien, monsieur V s'était échappé et aucune de mes paroles ne l'atteignaient... Que faire ? Protéger le patient de l'extérieur agressif ? Inutile, rien ne passait ! Commencer à réaliser le geste invasif ? Peut-être, je ne sais pas ! Personne pour m'aider alors je me laisse aller à l'intuition et j'autorise l'interne en anesthésie à démarrer le geste. Il réalise l'anesthésie locale au niveau fémoral droit et Monsieur V est toujours avec la Vierge. Il met en place le cathéter fémoral et Monsieur V s'adresse toujours à la Vierge, j'ai l'impression qu'elle est là, Monsieur V vit la situation, il est complètement en adoration face à elle. Le geste terminé, comme par enchantement, je sens Monsieur V comme à nouveau accessible, faut-il que je termine ma séance en parlant de la Vierge ? Faut-il que je termine ma séance en ramenant Monsieur V de cette grande surface ? Il faut toujours finir l'action ou le voyage entrepris m'ont enseignés Patrick et Jean-Claude lors de ma formation... alors, aujourd'hui j'accompagnerai Monsieur V pour dire au revoir à la Vierge, pour quitter la grande surface et revenir ici et maintenant en ce mardi du mois de novembre dans ce secteur du déchocage des urgences... Monsieur V est revenu de ce voyage en me disant : « *Merci, merci pour tout, c'était fabuleux !* ». Pas un mot sur le geste, c'était comme s'il n'avait jamais existé... Aujourd'hui je n'ai juste fait que guider Monsieur V vers sa propre séance d'auto-hypnose... aujourd'hui j'ai été dépassée par l'adoration de la Vierge...

V

ARRET SUR IMAGE

Il est huit heures ce matin là et je prends la relève dans le secteur du déchocage des urgences. Par la fenêtre qui donne sur un micocoulier centenaire, j'aperçois le soleil qui brille dans un ciel bleu azur, un bleu pur, sans nuage. Depuis ce jour, le ciel n'a jamais été aussi bleu et aussi pur...

J'entre dans le box 2 du déchocage où Monsieur R a été admis pour une détresse respiratoire dans le cadre d'une néoplasie pulmonaire en stade terminal. Monsieur R, la quarantaine, est attaché en position demi assise dans son lit et est dans un état d'agitation très important. Son agitation est en lien avec les difficultés respiratoires, Monsieur R « cherche son air ». Je salue Monsieur R et me présente à lui, je sens son regard qui m'accroche, qui me supplie, qui m'invite...

Je prends la main de Monsieur R et commence à détacher le lien qui la fixait au lit. L'infirmière ayant en charge le patient arrive dans le box et me précise l'état d'agitation de monsieur R et me demande de ne pas le détacher car dit-elle : « *Il s'arrache tout !* ». Je m'engage à « tout remettre » au cas où monsieur R s'arracherait tout et l'anesthésiste qui passait par là propose à l'infirmière de me laisser avec le patient. La porte vitrée du box se referme, je suis seule en tête à tête avec Monsieur R. Son regard s'accroche au mien, sa main détachée s'agite sous la mienne, Monsieur R cherche son air, il est en sueur, il est comme terrorisé, il essaie de passer ses jambes au dessus des barrières comme s'il voulait fuir...

Mon regard accroche maintenant le sien et l'invite au calme, ma main prend fermement la sienne et remonte le long du bras pour signifier ma présence à lui. Je commence à resituer Monsieur R, ici et maintenant en ce mois de mai, dans ce box des urgences, box dans lequel il a été admis pour des difficultés respiratoires, difficultés pour lesquelles un traitement est en place... ça y est, je sens que j'ai capté son attention, ma main est toujours posée sur son avant-bras. Je sens que monsieur R s'apaise un peu, ses jambes se sont allongées sur le lit, son bras détaché sous ma main s'est apaisé, sa respiration s'est faite plus calme. Il essaie d'articuler quelques mots entre deux inspirations, mots que j'ai du mal à comprendre. Je l'invite au calme et voilà que les mots s'éclaircissent, et voilà que les mots se mettent les uns derrière les autres et commencent à former des phrases, et entre des inspirations saccadées Monsieur R va me parler de sa femme et de ses deux enfants, un garçon et une fille... Et voilà que les mots se mettent à danser pour me parler des ballades à vélo qu'il aime faire au bord du canal du Midi en compagnie de sa femme et de ses enfants. Et si je lui proposais d'imaginer une de ces ballades à vélo au bord du canal ? Et me voilà en train de décrire le bord du canal du Midi... la respiration s'apaise et le regard de Monsieur R est moins accrocheur, comme si le regard était emporté par les mots... et me voilà en train de lui proposer une ballade en vélo au bord de ce canal avec s'il le souhaite, sa femme et ses enfants...la respiration est complètement apaisée et monsieur R a fermé les yeux comme pour mieux vivre cette ballade à vélo... et nous avons roulé à vélo sur les berges de ce canal en partant de Toulouse direction la Mer... il faisait beau, les platanes qui bordaient ce canal nous offraient un parcours ombragé, les péniches et les écluses défilaient au fil d'une eau verte et grise, parfois bleue, on pouvait observer les terriers creusés par les ragondins sur les berges, écouter le chant des oiseaux dans les arbres, respirer l'odeur de cette nature... et puis nous avons au décours de

cette ballade, emprunté un chemin qui part de ce bord du Canal, un chemin de calme et de sérénité... Monsieur R a emprunté ce chemin de calme et de sérénité, sa respiration s'est faite calme, très calme, de plus en plus calme... Je suis alors rejointe par l'anesthésiste qui à travers la vitre du box avait pu observer la scène... Ensemble nous assistons aux derniers mouvements respiratoires paisibles de Monsieur R, aux derniers soubresauts... Le visage de Monsieur R est détendu, calme, serein tout comme le chemin qu'il a emprunté... Monsieur R n'est jamais revenu de sa ballade à vélo au bord du canal du Midi... et je m'en suis voulue et j'ai été en colère contre Patrick et Jean-Claude mes maîtres en hypnose qui ne m'avaient pas dit qu'on pouvait ne pas revenir d'une ballade à vélo au bord du canal...et j'ai pleuré... et je me suis sentie mal tout ce matin là...

Largement soutenue dans ma démarche par l'anesthésiste et l'équipe infirmière et aide-soignante du secteur de déchocage des urgences dans lequel était hospitalisé Monsieur R, j'ai refait surface et nous avons longuement parlé du cas de Monsieur R et des expériences des unes et des autres face à la mort de l'Autre. Monsieur R est parti... je l'ai accompagné au bord du canal du Midi où il aimait se promener en vélo, il était peut-être en compagnie de sa femme et de ses enfants, il était calme et serein...

Alors même que j'ai souvent été confrontée à la mort de l'Autre de par mon métier, cette expérience a été très difficile pour moi car je ne m'y étais pas préparée, je ne pensais pas que l'hypnose pouvait amener sur un chemin de paix éternelle. Perturbée par cette expérience, j'ai du abandonner le monde de l'hypnose pendant plusieurs mois et mener un travail personnel...aujourd'hui je suis de retour, plus convaincue que jamais...

VI

LA MAIN EN SOUFFRANCE

Le chirurgien spécialiste de la main qui a participé à ma première séance d'hypnose pour réduire la fracture du jeune Y revient aujourd'hui d'un congrès de chirurgie sur la main... Il y a été dit que l'hypnose devrait faire partie de la prise en charge des patients atteints d'algodystrophie... il veut que ses patients atteints d'algodystrophie puissent bénéficier de cette technique, il pense qu'il ne faut plus travailler comme il y a dix ans, que l'on ne doit plus traiter que l'organe qui souffre mais un être dans sa globalité... Il se souvient de notre première aventure dans le monde de l'hypnose et il souhaite que je m'occupe de ses patients porteurs d'algodystrophie... Je doute de mes compétences dans ce domaine, l'algodystrophie étant réputée pour présenter une composante psychologique importante... Il est hors de question que je me substitue à une psychothérapeute que je ne suis pas et je lui explique alors que je ne suis qu'infirmière anesthésiste et que je ne me lancerai pas dans un travail de psychothérapie qui ne relève pas de mes compétences... ce n'est pas ce qu'il souhaite... Vu sous cet angle, j'accepte alors de mettre l'hypnose au service des mains en souffrance... Je resterai simple avec les patients, je ne leur parlerai que de mouvement, de sensations, de douleur.

Il me propose alors de prendre en charge Monsieur F qui n'est plus hospitalisé, qu'il vient de voir en consultation et qui présente une algodystrophie de la main gauche faisant suite à une chirurgie du canal carpien. Monsieur F a déjà été opéré par ses soins du canal carpien de la main droite il y a trois ans et a déjà présenté une algodystrophie de la main droite. Cette première algodystrophie avait amené à la mise en place de traitements spécifiques tels l'administration de calcitonine injectable, le bloc anesthésique du membre supérieur pendant dix jours, le traitement multimodal de la douleur géré par un algologue et enfin la mise en place d'une prise en charge soutenue en kinésithérapie. Malgré ce traitement bien conduit et en adéquation avec les recommandations, l'algodystrophie a duré pendant six mois et a laissé des séquelles motrices (rétractions tendineuses des doigts) sur cette main droite. Monsieur F ayant bien compris le mécanisme de l'algodystrophie a gardé confiance en son chirurgien malgré ce qu'ont pu dire « les Autres » qui lui conseillaient de changer de chirurgien pour l'intervention sur le deuxième canal carpien. L'intervention pour le canal carpien de la main gauche s'est très bien passée mais en postopératoire, lors de l'ablation des points, Monsieur F a vu sa main gonfler et devenir douloureuse, à son grand désespoir... Il consulte auprès du chirurgien qui pose encore le diagnostic d'algodystrophie et lui propose avant tout autre traitement une prise en charge en hypnose...Monsieur F ne sait pas en quoi consiste l'hypnose mais il fait confiance au chirurgien qui me l'adresse...

Lorsque je prends en charge Monsieur F, sa main gauche est très gonflée, inflammatoire et il décrit des douleurs intermittentes notamment au niveau de l'avant-bras gauche. Sa main droite porte les séquelles de la première algodystrophie, du deuxième au cinquième doigt les rétractions tendineuses donne un aspect de main en crochet et monsieur F décrit un handicap dans le travail minutieux de la vie de tous les jours. Monsieur F est retraité et je perçois dans ce qu'il me raconte de sa vie des souffrances sur lesquelles je ne m'attarderai pas.

Le premier travail que je vais mener avec Monsieur F est un travail de recadrage, merci « les 9 points sur une feuille de papier » que m'ont enseigné Patrick et Jean-Claude mes maîtres en hypnose. Monsieur F devra travailler sur ces 9 points pour la semaine suivante. Aujourd'hui je mènerai une séance d'hypnose et nous travaillerons tout particulièrement sur la sensation de lourdeur et légèreté au niveau des bras et mains et sur la sensation de liberté. Monsieur F fait retour ici et maintenant dans le bureau du chirurgien dans lequel il avait accepté de se laisser aller en décrivant une sensation de bien-être agréable et la sensation de disparition de la douleur de l'avant-bras gauche ainsi que des douleurs qu'il avait au niveau du dos et des jambes. Monsieur F souhaite poursuivre son aventure dans le monde de l'hypnose, nous nous retrouverons la semaine suivante

Le mardi suivant, je retrouve monsieur F très content car sa main a complètement dégonflé, elle a un aspect quasiment identique à son autre main. Monsieur F décrit également la disparition de la douleur dans son avant-bras gauche, il ne se plaint plus que de troubles de la sensibilité au niveau du troisième et quatrième doigt. Monsieur F a travaillé toute la semaine sur les 9 points, il me montre tous ses essais, il pense avoir trouvé la solution mais je lui fais remarquer que deux des points ne sont pas reliés entre eux. Ensemble nous reprenons ce travail et monsieur F me dit : « *Ah ! Mais je n'avais pas compris qu'on pouvait sortir du cadre !* », et nous avons longuement parlé du cadre... La séance d'aujourd'hui permettra un travail sur la lourdeur et la légèreté, sur le mouvement mais également sur la sensibilité tactile. La lecture d'un conte court « l'âne dans le puits » viendra appuyer cette séance. Monsieur F souhaite poursuivre son traitement en hypnose, nous nous retrouverons la semaine suivante...

Le mardi suivant Monsieur F arrive très joyeux à la consultation, fier de m'annoncer que sa main va très bien, qu'elle est toujours dégonflée et chose nouvelle, ses doigts récupèrent leur sensibilité. Je félicite Monsieur F du travail qu'il a accompli. La séance d'aujourd'hui permettra une ballade sur un chemin de liberté où nous travaillerons le mouvement... Le processus pathologique de Monsieur F me semblant être inversé, je lui propose d'arrêter là les séances et lui laisse la possibilité de me joindre si nécessaire... Monsieur F quitte la consultation en me disant : « *Quel dommage que je n'ai pas connu l'hypnose pour ma première algodystrophie !...* ». Monsieur F a poursuivi encore pendant quelques temps un travail actif et passif en kinésithérapie pour retrouver la souplesse complète de sa main. Aujourd'hui, la main de monsieur F ne souffre plus et est libre de tous mouvements... complètement libérée...

VII

AU CŒUR DE L'ÉQUIPE ET AU SERVICE DU PATIENT

Intéressé par les résultats obtenus sur les patients atteints d'algodystrophie et convaincu de l'intérêt de l'hypnose, le chirurgien spécialiste de la main ayant participé à ma toute première aventure en hypnose me propose aujourd'hui de travailler sur des mains bloquées par des adhérences post-chirurgicales. La libération d'adhérences ne pouvant pas, à mon avis, être résolue que par un travail inconscient, je propose au chirurgien un travail en équipe centré sur l'hypnose et utilisant le MEOPA aux propriétés antalgiques et sédatives.

Quelle organisation d'équipe ?

- Le chirurgien recrute le patient ;
- L'anesthésiste valide l'utilisation du MEOPA chez le patient et le prescrit ;
- Moi, infirmière anesthésiste je guide la séance d'hypnose et administre le MEOPA ;
- Le kinésithérapeute travaille « en passif » sur la main bloquée ;
- L'équipe d'infirmiers et d'aides-soignants participe à la démarche par le respect du calme dans la chambre et par la réfection du pansement après la séance.

L'hypnose entre ainsi au cœur de l'équipe soignante et au service du patient...

Mon premier patient, Monsieur B, 28 ans a subi un écrasement arrachement de la main droite avec ouverture cutanée de l'éminence hypoténarienne de la paume de la main jusqu'au niveau de la face dorsale du poignet, subluxation métacarpométacarpienne, arrachement de l'artère et du nerf cubital. Cet accident est intervenu dans le contexte du travail, Monsieur B, boulanger, gaucher, a passé sa main droite dans des rouleaux de boulangerie. L'intervention chirurgicale faite sous anesthésie loco-régionale a duré 5 heures. Ont fait suite à cette intervention seize séances de caisson hyperbare à visée anti-oedémateuse, anti-ischémique, cicatrisante et antalgique, à raison de deux séances par jour. En postopératoire, s'est installé un syndrome hyperalgique qui a imposé la mise en place d'un bloc du plexus brachial droit alimenté par un anesthésique local la ropivacaïne (Naropeïne® 0,2%) permettant l'analgésie du territoire concerné par le bloc (membre supérieur droit) et un traitement antalgique multimodal visant la douleur par excès de nociception mais également la douleur neurogène. Le travail de kinésithérapie indispensable sur ce terrain est jusque là très limité du fait de la douleur et la mobilité des doigts et en particulier du pouce est très faible.

Lorsque je prends en charge Monsieur B, il dit ne pas connaître l'hypnose mais il veut bien accepter de participer à cette expérience d'autant que le chirurgien lui en a vanté l'intérêt. J'explique à monsieur B ce qu'est l'hypnose, je lui parle de l'utilisation concomitante de MEOPA, je mène un interrogatoire auprès de Monsieur B pour mieux le connaître. J'apprendrai un peu plus tard de la bouche de stagiaires infirmières que malgré mes explications le patient doute de la technique, il a peur de la douleur... Je n'interviendrai avec la kinésithérapeute que deux jours plus tard.

La première séance accompagnée par MEOPA a débuté vers dix heures du matin, l'équipe a été prévenue et nous avons pris soin de mettre en place sur la porte de la chambre un panneau « Ne pas déranger ». La kinésithérapeute attend patiemment mon feu vert pour commencer le travail de kinésithérapie. La séance démarre par une induction par fixation d'un point et je sens Monsieur B qui adhère parfaitement à tous mes propos. Nous partons dans un pays extraordinaire, un pays dans lequel le temps n'a plus d'importance et dans lequel Mokti,

le sage du pays, celui qui est réputé pour ses connaissances et sa capacité à faire le bien apprendra à Monsieur B à se protéger de l'extérieur, pour que l'extérieur n'ai plus d'importance et l'extérieur n'a plus eu d'importance... Monsieur B a laissé aller sa main au mouvement dirigé par la kinésithérapeute, à des mouvements impensables, à des mouvements accompagnés de légers craquements... la levée probable d'adhérences...et Monsieur B se laisse aller là, dans ce pays qui est le sien, sa respiration est calme, posée, le visage est détendu... Au bout de 30 minutes de travail dynamique, j'ai autorisé Monsieur B à revenir de ce pays extraordinaire en emportant avec lui un bon souvenir de ce voyage qu'il pourrait utiliser à l'avenir lorsqu'il en aurait besoin... et monsieur B est revenu ici et maintenant, ce jeudi dans cette chambre du service de traumatologie en la compagnie de la kinésithérapeute et de moi-même... et Monsieur B a décrit un bien être, un trou noir et surtout... pas de douleur... Monsieur B regarde sa main et à sa grande surprise son pouce jusque là complètement immobile peut dorénavant se rapprocher et s'éloigner du reste de la main, comme libéré, comme presque libre... Monsieur B ravi, nous demande s'il sera possible de recommencer cette expérience, nous acceptons. En entente avec l'équipe du service où est hospitalisé Monsieur B et avec la kinésithérapeute nous recommencerons une nouvelle séance le mardi suivant. A midi, cette même journée, je repasse dans la chambre de Monsieur B qui est en train de finir de déjeuner, il me dit, « *J'ai ri pendant tout le temps du repas tellement je suis content de voir bouger mon pouce , est-ce normal ?* ». « *Je pense* » lui répondis-je.

La semaine suivante nous avons recommencé cette expérience d'équipe et Monsieur B s'est senti bien et Monsieur B a laissé aller sa main au mouvement et le travail a permis de lever de nouvelles adhérences ...et les doigts sont un peu plus libres. Il y aura une troisième et, une quatrième séance toujours à la demande de Monsieur B et chaque séance donne un peu plus de liberté à ses doigts, mais aussi à son poignet, la main se libère....

VIII

LE TEMPS N'EST PAS UN OBSTACLE AU TRAVAIL DE LA MAIN EN SOUFFRANCE

Les kinésithérapeutes et l'ergothérapeute avec qui je travaille régulièrement sur des problèmes d'algodystrophie me parlent du cas d'une patiente hospitalisée il y a quelques temps en rhumatologie pour un bilan d'algodystrophie de la main et avant-bras droit évoluant depuis **plus d'un an**. Cette algodystrophie s'est mise en place à la suite d'une entorse banale du poignet, traitée de façon orthopédique (immobilisation par atèle). Plus d'un an après, la main droite est gonflée avec les IIIème, IVème et Vème doigts complètement rétractés et refermés dans la paume de la main, au point que les ongles commencent à s'incruster douloureusement dans cette paume et que toute toilette sous les doigts rétractés est totalement impossible, entraînant au dire de la patiente, des odeurs très désagréables. Outre les doigts bloqués, le poignet est tombant et impossible à relever, le coude a une position figée en flexion à 90°. De l'extrémité des doigts au sommet de l'épaule la douleur est présente. La scintigraphie du membre supérieur droit réalisée dans ce contexte clinique d'algodystrophie n'a retrouvé aucune trace de fixation et a amené l'équipe médicale à douter de la réalité de l'algodystrophie. Un travail intensif en kinésithérapie et ergothérapie pendant une semaine n'ont pas permis de faire évoluer la situation. Face à cela, l'équipe de kinésithérapie et ergothérapie ayant pris en charge la patiente pendant l'hospitalisation suggère aux médecins l'éventualité d'un travail en hypnose. Les médecins acceptent de tenter l'expérience mais sans conviction majeure. Madame G sera alors hospitalisée une semaine pendant laquelle nous allierons, hypnose, kinésithérapie et ergothérapie.

Lorsque je rencontre Madame G, elle est souriante et contente qu'on lui ait donné une chance avec l'hypnose. « *Peut-être...* », me dit-elle « *...cela me permettra de décoller un peu les doigts afin qu'il n'y ait plus d'odeur désagréable... c'est tout ce que je demande !* ». Je fais connaissance avec Madame G, elle me raconte les circonstances de son accident, l'évolution du traumatisme initial dans le temps, les conséquences que cela a eu dans sa vie (arrêt du travail, problèmes financiers, compassion de la famille jusqu'à culpabilisation et dépression chez son mari...). Je perçois la souffrance importante de Madame G mais je ne m'investirai pas plus longtemps sur cette pente glissante qui n'est pas de ma compétence... Nous débiterons l'après-midi même, la première séance d'hypnose en compagnie d'une collègue kinésithérapeute. Installée sur une table de rééducation, Madame G cherche une position confortable. Je baisse légèrement les stores de la pièce afin de diminuer la luminosité et j'installe le masque pour l'administration du MEOPA sur le nez et la bouche de madame G. Je démarre la séance d'hypnose seule avec la patiente, la kinésithérapeute nous rejoindra dans 10 à 15 minutes uniquement car elle doit entre temps s'occuper d'un autre patient. Madame G souhaite voyager et peu lui importe la destination. La phase d'induction terminée, Madame G se met à bouger de façon très désordonnée, ses muscles se contractent, sa tête s'agite de droite à gauche et des cris sortent de sa bouche : « *J'ai mal, j'ai mal, j'ai mal...* », alors même qu'aucune manipulation susceptible d'être douloureuse n'a été entreprise. Seule face à Madame G, je me pose des questions... « *Dois-je continuer la séance ? Dois-je arrêter ?* » « *Au secours mes maîtres en hypnose !* », vous ne m'aviez jamais parlé de ça !!! Dois-je ramener ce comportement aux crises des femmes de la meilleure société Parisienne décrites par Mesmer au XVIème siècle, qui perdaient leur contrôle, éclataient d'un rire « hystérique », se pâmaient

ou étaient prise de convulsions ? Dois-je poursuivre ? Ai-je le droit d'arrêter là alors que Madame G est hospitalisée spécifiquement pour ce travail en hypnose ? Avant même que je ne trouve une réponse à mes interrogations, Madame G s'apaise... s'apaise... plus un cri... plus un mouvement... comme si rien ne s'était jamais passé... Je décide donc de reprendre la séance et madame G se laisse aller là, au calme, à la détente... OUF !! Une fois guidée dans le pays extraordinaire que voulait connaître Madame G, je lui propose de rencontrer le sage du pays qui lui apprendra à se protéger de « l'extérieur », pour que « l'extérieur » ne soit pas désagréable ... Ma collègue kinésithérapeute arrive discrètement et commence à mon signal, à mobiliser délicatement les doigts, le poignet, le coude, l'épaule sans qu'aucun signe de douleur ne soit perceptible pour nos yeux ou nos oreilles, chez Madame G...le visage est détendu et Madame G se laisse aller, se laisse porter, se laisse guider...protégée de l'extérieur. Au cours de ce voyage Madame G a accepté que ses doigts se soulèvent légèrement, juste ce qu'il faut pour laisser passer un gant et faire disparaître les mauvaises odeurs... J'ai alors demandé à Madame G de revenir ici et maintenant, dans cette salle de kinésithérapie, sur ce brancard, en ce lundi de juillet et je l'ai aidée à retrouver progressivement les sensations de son corps, les sensations de son esprit... Sa tête s'est soulevée et ses yeux ont cherché immédiatement la main droite... les doigts de cette main ont accepté de se soulever légèrement, juste ce qu'il faut pour laisser passer un gant de toilette et faire disparaître les mauvaises odeurs... juste ce qu'avait espéré Madame G. Madame G très enthousiaste, veut poursuivre dans le monde de l'hypnose. Tous les jours de cette même semaine, Madame G sera prise en charge en hypnose et kinésithérapie... Le vendredi, la main s'est libérée des souffrances, elle s'est ouverte au monde, complètement ouverte... il ne persiste qu'une petite rétraction de la dernière phalange des deux derniers doigts de la main. Le poignet a lui aussi retrouvé une vie, il est débloqué et Madame G arrive à le relever. Quant au coude, il a accepté l'extension complète, plus aucune barrière.... Madame G ne parle plus de douleur... Madame G nous remercie, elle est heureuse d'avoir rencontré l'Hypnose sur son chemin... Deux mois plus tard Madame G n'a rien perdu de ses capacités, la main, le poignet et le coude sont toujours ouverts au monde extérieur par contre, la rétraction de la dernière phalange des deux doigts est toujours présente...une nouvelle hospitalisation alliant hypnose et kinésithérapie est prévue pour que la liberté de la main de Madame G soit totale...

TROISIÈME PARTIE

Bilan de mon expérience



Bilan de mon expérience

1. Mes hésitations à démarrer dans la pratique de l'hypnose :

Dans son article « La première séance, comment démarrer ? » [14], Patrick Bellet introduit le sujet par un constat et un questionnement : « *Depuis déjà quelques temps, la formation est finie et après l'enthousiasme du début et son énergie motivante, la pratique, hélas, s'émousse. Maintenant, comment faire avec ce patient, loin des conseils de formateurs et des encouragements des collègues ?* ». Cette introduction est le parfait reflet de mon propre début en hypnose avec une très grande motivation au cours de la formation puis une très grande hésitation lors de la mise en application auprès des patients. Dorénavant et déjà, j'ai envie de dire MERCI à l'anesthésiste qui m'a poussée ce soir d'été, dans ce service des urgences de l'hôpital Purpan, à réaliser ma première séance. En effet, c'est cette première expérience un peu « dirigée » va-t-on dire, qui m'a mise sur le chemin de l'hypnose. L'autorité de cet anesthésiste du fait de sa position hiérarchique supérieure à la mienne, son pouvoir de persuasion et mon engagement vis-à-vis de l'institution qui avait payé ma formation ont eu raison de mes barrières personnelles. En effet, jusque là existaient en moi des contradictions que je n'arrivais pas à gérer et qui freinaient mes élans. Qu'est-ce qui autorise le thérapeute à faire ce qu'il fait puisqu'il n'y a pas de diplôme spécifique à chaque étape de la formation ? Puisque le thérapeute s'engage, cela implique une éthique, alors quelle éthique ? J'avais l'impression que lorsqu'un thérapeute se lançait dans la pratique de l'hypnose, son choix impliquait obligatoirement un certain niveau de formation pour maîtriser l'hypnose et son éthique, alors même que mes propres formateurs nous avaient déjà régulièrement incités à se lancer dans la pratique de cette technique. Ma première séance « dirigée » m'a finalement permis de proposer au patient une séance certes débutante mais malgré tout efficace et m'a également amené à réaliser que l'hypnose n'avait pas besoin de règles éthiques qui lui soient propres et qu'elle n'imposait de façon naturelle que le simple respect de l'éthique de la profession qui la met en œuvre en l'occurrence en ce qui me concerne le respect de l'éthique soignante. L'autre contradiction qui me rongait avant cette première fois portait sur les connaissances et l'expérience que j'avais acquises en hypnose et mon inaptitude à proposer des actes d'hypnose adaptés aux situations qu'auraient pu permettre ces connaissances et expériences. Je n'arrivais pas à passer de la pensée à l'acte. Dans ce domaine de l'hypnose, les actions du « pilote de séance » me semblaient revêtir plus ou moins de risque. Mais qu'est-ce que le risque en hypnose ? Ne faut-il pas prendre des risques pour apprendre à définir le risque spécifique ? Quelle est la part de l'inconnu et quelle est la part de l'incertitude dans cette attitude de repousser à demain ce qui peut être fait aujourd'hui ? A la manière de Guy Boy¹², célèbre chercheur en sciences cognitives et génie, j'ai envie de parler là maintenant à distance « *d'une culture de la sécurité dans laquelle prévention et contrôle feraient bon ménage, en mettant fondamentalement l'accent sur l'expérience* ». Mais comment acquérir l'expérience sans se lancer dans l'expérience ? En lisant ce travail, Michel Olivier, anesthésiste et grand maître en douleur m'a fait une remarque : « *Mais pourquoi n'utilises-tu*

¹² Docteur Guy Boy, Directeur de recherche, fondateur et président de l'Institut européen en sciences cognitives et en génie (European Institute of Cognitive Sciences and Engineering : EURISCO International)

pas le bon mot, il s'agit du passage à l'acte !». Ce mot me semblait puissant et le passage à l'acte ne m'évoquait que l'acte criminel. Aussi je me suis penchée sur la définition du passage à l'acte. Freud a défini en 1914 le passage à l'acte comme « *une mise en action de quelque chose que le sujet a oublié et réprimé, mais qu'il reproduit, sans savoir qu'il s'agit alors d'une répétition* », alors finalement, débiter dans la pratique de l'hypnose n'est-il pas que la répétition inconsciente d'une pratique débutée en formation ? Lacan lui a défini le passage à l'acte comme un acte sans parole (un acte qui n'a pas de sens) et émis une nuance en utilisant le terme d' « *acting out* » qui est un acte qui pourra être repris dans une verbalisation (un acte qui a un sens). Alors ne doit-on pas plutôt parler d' « *acting out* » plutôt que de passage à l'acte ? La première séance d'hypnose n'est-elle pas l' « *acting out* », tout simplement la verbalisation d'expériences faites en formation avec des collègues ? Verbaliser l'acte de formation n'est-il pas donner un sens à toutes les futures expériences d'hypnose avec l'Autre ? La première expérience d'hypnose en formation ne serait-elle pas l'acte de naissance qui permet à lui seul la naissance de l'acte d'hypnose ? A ce stade de la réflexion et de mon avancement dans le monde de l'hypnose, j'ai juste alors envie de dire, « OSE L'HYPNOSE ! »

2. La première séance :

Lorsque ce soir d'été, j'ai osé l'hypnose, j'ai pu goûter à quel point il était important de débiter la pratique de cette technique en phase d'apprentissage de celle-ci. En effet, en ayant vécu et partagé l'hypnose avec ce premier patient, j'ai pu mieux la comprendre et d'ailleurs lors des modules de formation en hypnose qui ont fait suite à cette première séance et à quelques autres, j'ai vraiment eu l'impression de mieux percevoir l'enseignement qui m'était proposé et de mieux progresser. Je m'arrêterai également sur l'émotion qu'a généré en moi cette première expérience d'hypnose. L'émotion était forte... j'avais réussi à accompagner un jeune patient de quinze ans dans sa lutte contre la douleur, dans le cadre d'un geste chirurgical de réduction de fracture... il n'avait perçu aucune douleur, il n'avait gardé en mémoire qu'un super voyage... Cette première expérience réussie... d'autres expériences mitigées... la persévérance... de nouvelles expériences réussies... des rencontres fabuleuses avec l'Autre ...et voilà comment peuvent s'ouvrir les portes du monde de l'Hypnose. De la même manière que « *Sésame, ouvre toi !* » est la formule magique qui ouvre la caverne d'Ali Baba et les Quarante voleurs dans le célèbre conte des Mille et Une Nuits, « *La première séance* » ne pourrait-elle pas être la formule magique qui ouvre la caverne fabuleuse du monde de l'Hypnose ? Et si la première séance n'était que le début d'un conte sans fin ?

3. Les séances suivantes :

Chacune des expériences que j'ai vécues après cette première fois, m'ont permises de progresser, de proposer chaque fois des séances nouvelles toujours plus structurées et plus riches et surtout de me libérer chaque fois un peu plus de mes propres barrières personnelles. En lisant ce travail, Michel Olivier mon maître en douleur, me faisait remarquer comment il avait effectivement pu percevoir dans la présentation de mes expériences ces barrières qui tombent. En effet, les premières expériences écrites sont très chargées de mes propres émotions dont je me suis progressivement défaites pour me recentrer essentiellement sur le vécu du patient. Toute les nouvelles expériences faites m'ont permises et me permettent toujours d'ailleurs de mesurer à quel point ce mode de communication privilégié qu'est l'hypnose peut contribuer à ce que les soins soient vécus de manière différente et à quel point l'humain est muni de ressources personnelles insoupçonnées. Ma pratique d'infirmière anesthésiste spécialisée en douleur m'a amené à développer l'hypnose essentiellement dans le

cadre de l'anxiété et de la douleur et je peux doré et déjà affirmer que cette technique permet de diminuer très significativement l'anxiété et les perceptions douloureuses. L'hypnose sert de déclic pour faciliter un changement de comportement face à une situation donnée. On imagine ainsi bien que dans une structure hospitalière beaucoup de comportements patients sont inadaptés face aux situations exceptionnelles et angoissantes à vivre et donc que l'hypnose peut avoir une place de choix. L'hypnose représente pour le soignant un véritable outil, complément indispensable des thérapeutiques.

4. La pratique hospitalière :

Je soulignerai aussi dans cette analyse la chance que j'ai d'exercer mon métier d'infirmière anesthésiste dans une structure de soins tel l'hôpital qui me permet la rencontre naturelle de l'Autre et qui m'offre un éventail de possibilité de la pratique de l'hypnose majeur dans des domaines très diversifiés. Cependant la structure hospitalière ne présente pas que des avantages pour la pratique de l'hypnose. En effet, développer cette technique dans un système soignant complexe tel l'hôpital où interviennent plusieurs corps de métier ayant chacun une action bien spécifique auprès du patient est un véritable parcours du combattant. Il est rare dans nos pratiques soignantes d'être en tête à tête avec le patient. Pour un même soin souvent plusieurs corps de métier sont indispensables autour du patient. Pour que l'hypnose puisse être mise en place il faut donc que l'équipe soignante dans son ensemble (médicaux paramédicaux) adhère au projet. Chaque intervenant de l'équipe devient donc acteur à part entière de l'acte d'hypnose, chacun dans sa fonction spécifique. La pratique de l'hypnose dans une structure hospitalière est donc une affaire d'équipe, elle peut même constituer un lien puissant fédérateur de l'équipe. D'ailleurs, l'aboutissement actuel de ma pratique de l'hypnose est la mise en place d'une consultation mixte alliant hypnose et kinésithérapie. La pratique de la kinésithérapie centrée sur la séance d'hypnose allie deux soignants de spécialités très différentes autour d'un même objectif, celui d'amener le patient vers un processus de guérison rapide. Au final, mettre en place l'hypnose dans une structure hospitalière est une sorte de défi. Relever ce défi demande une certaine énergie, de l'intuition, de la créativité et de la conviction... mais c'est possible !

5. Un moyen de se faire plaisir :

Enfin je terminerai en abordant le sujet de la pratique de l'hypnose comme moyen pour le thérapeute de se faire plaisir... Un vrai bonheur !...Je voulais garder le meilleur pour la fin... N'est-il pas passionnant d'écouter et comprendre quelle « *séance d'hypnose inachevée* »¹³ est en train de vivre le patient qui souffre ? Et n'est-il pas riche de partager son temps comme le préconisait Erickson à « *parler le langage du patient* » et à tenter comme le dit si bien Patrick Bellet de « *construire une nouvelle scène vivante dans un espace temps différent pour permettre de terminer la séance inachevée et ainsi autoriser les émotions à redonner un certain équilibre au corps... pour que renaisse un corps moins douloureux, voire un corps sans douleur...* » [18]

¹³ Patrick Bellet, Médecin, Président-fondateur de la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies brèves, Président de l'Institut Milton H. Erickson d'Avignon Provence, Formateur et conférencier.

6. Ce que m'inspire ce début dans le monde de l'hypnose :

Mes enfants m'ont ouverte à la nouvelle scène d'expression populaire qu'est le Slam. Les expériences que j'ai vécues auprès des patients dans le cadre de l'hypnose m'ont inspirées et à la manière de Grand Corps Malade j'ai envie pour terminer ce mémoire de me laisser aller à oser le Slam...

Depuis que l'Homme a souri à la vie
L'histoire du Corps et de l'Esprit agit comme par magie
Sans parti pris ni moquerie, j'ai bien dit « *Corps et Esprit* »
Surtout pas de cris ni de bruit s'il vous plaît,
Cohabiter est leur destinée, et je ne voudrai ni les séparer ni les perturber...
Il y a des corps aimés et des esprits haïs
Il y a des esprits qui font corps et des corps sans esprit
Il y a des corps salis et bannis
Il y a des esprits introvertis et des corps qui vivent au dehors
Et il y a les corps toujours d'accord
Il y a des esprits qui commandent et des corps qui amendent
Il y a des esprits qui se rendent quand le corps le demande
Il y a aussi des esprits Saints dans des corps sains
Et des Saints esprits qui font Mal sains
Corps et Esprit obtempèrent comme des compères
Ils coopèrent par temps de paix
Et entrent en guerre pour une misère
Si rien n'opère pour les faire taire

Et lorsque Corps et Esprit se fâchent, c'est l'impasse
Flash sur ce qui se passe ou qui dépasse
Les jours amassent les peines, les nuits suintent de haine
Et les corps se mettent en scène
Il y a la migraine des corps qui écoutent des histoires malsaines
Il y a les scènes des corps qui se découvrent des jeux de mots (maux) dits
Il y a les corps rompus (corrompus) par ce qu'ils ont vu
Et des corps nés (cornées) qui n'en peuvent plus
Il y a les corps rhum (quorums) qui boivent sans accord
Il y a des records pour avaler des kilos sans remord
Il y a les corps vidés (corvidés) aux ailes figées
Et des corps sages (corsages) trop serrés
Et il y a même le chant du corps mourant (cormoran)
Qui signe la fin du corps vivant
Corps et Esprit entrent en guerre de façon amère
Ils délibèrent de façon austère et sévère
Mais de quelle manière les faire taire ?

Pour que Corps et Esprit fassent la pause et recomposent
Pour que renaisse l'osmose dans un décor plus rose
Alors, propose l'Hypnose !
Une dose de mots qui ont du sens et faisant sens
La danse d'un temps qui n'a plus d'importance
Et voilà que s'élancent les cinq sens
Au cours d'une transe en partance
Sympathiser avec le vent et tutoyer les nuages
Jongler avec le temps et rencontrer le Sage,
Pour que se rendent les sentiments pesants
Venant d'un cœur battant
Et que sourient les paroles noircies
A l'encre des nuits
Jouer le conte qui raconte
Oser la métaphore photophore
Et ainsi, faire le jour si c'est la nuit
Et défaire la nuit qui vit en plein jour
Mimer des retours en arrière
Pour que tombent des barrières
Et que danse l'inspiration issue d'un souffle profond
Comme une seconde respiration
Alors, Corps et Esprit font la pause et recomposent
Et renaît l'osmose dans un décor plus rose
Alors j'ose, et je le dis, OSE L'HYPNOSE !

CONCLUSION

Ce mémoire m'a permis de retranscrire le cadre de ma pratique de l'hypnose et certaines de mes expériences dans ce domaine à partir desquelles j'ai pu mener une analyse et une réflexion. Mon métier d'infirmière anesthésiste avec mission spécifique de douleur dans un établissement hospitalier m'a permis de développer l'hypnose à des fins essentiellement analgésiques et anxiolytiques mais le domaine d'application de l'hypnose est bien plus large et peut s'appliquer au traitement des troubles alimentaires, de la dépression, des phobies, des troubles obsessionnels compulsifs, des insomnies, de troubles la sexualité, des addictions de toutes sortes (calmants, somnifères, tabac, alcool). Si mes débuts ont été prudents, les résultats et le ressenti positif des patients m'ont incitée à proposer rapidement et de plus en plus fréquemment l'hypnose comme complément thérapeutique. Aujourd'hui je n'envisage plus la prise en charge d'un patient sans l'approche hypnotique quelle soit formelle ou simplement informelle. Au terme de ce travail et à ce stade d'avancée de ma pratique de l'hypnose, je peux affirmer que l'hypnose est un véritable outil de communication qui aide et enrichit celui qui en bénéficie mais qui également enrichi celui qui pratique. Je pense qu'une approche de cet outil relationnel devrait être proposée à tous soignants quel que soit son domaine de compétence afin d'optimiser la prise en charge des patients. En s'interrogeant sur sa propre pratique chaque soignant pourrait utiliser l'outil et en étendre les indications au point que l'outil pourrait même devenir comme dans ma propre expérience outil de transition pour la création de nouvelles activités. L'usage de l'hypnose nécessite cependant une formation initiale spécifique ainsi qu'une formation continue et c'est peut-être à ce niveau que le bas blesse pour développer cette technique au sein des établissements de santé étant donné les restrictions budgétaires actuelles. De la même manière, si la pratique de l'hypnose rime avec soin pour le patient et démarche qualité pour l'institution, cette technique demande un investissement en temps ramenant encore à la notion d'économie. Et alors que les barrières mentales et culturelles commencent à tomber et que les études scientifiques commencent à bien convaincre du bien-fondé de l'hypnose, n'est-ce pas la logique comptable qu'il va falloir dorénavant contourner pour avancer dans la pratique plus généralisée de cette technique non médicamenteuse très efficace ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Ignace I, Moreaux T, Hypnose et urgences, Journée « La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? ».
- [2] Kupers R, Faymonville ME, Laureys S. The cognitive modulation of pain: hypnosis and placebo-induced analgesia. *Prog Brain Res* 2005, 150; 251-69
- [3] Annequin D. MEOPA : Mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote. *Pédiadol* article=575. <http://pediadol.org>
- [4] Annequin D, Carbajal R, Chauvin P et al. Fixed 50% nitrous oxide oxygen mixture for painful procedures: a french survey. *Pediatrics* 2000; 105: e47.
- [5] Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH, Price DD. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *Journal of Cognitive neuroscience*, 2002, 14(6): p 887-901.
- [6] Rainville P, Duncan G-H, Price D-D, Carrier B, Bushnell M-C, " Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex", *Science*, 1997, n°277, p 968-971.
- [7] Rainville P, Hofbauer R-K, Paus T, Duncan G-H, Bushnell M-C, Price D-D, "Cerebral mechanism of hypnotic induction and suggestion", *Journal of Cognitive neuroscience*, 1999, n°11, p. 110-125.
- [8] Derbyshire S W, Whalley M G, Stenger V A, and Oakley D A. Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *Neuroimage*, 2004. 23(1): p. 392-401.
- [9] Lang E and coll, Israel Deaconess Medical Center de Boston (États-Unis). *Lancet*, 2000.
- [10] M. E. Faymonville, L'hypnose en anesthésie réanimation, de l'application clinique aux mécanismes cérébraux, thèse en vue de l'obtention du grade d'agrégé de l'Enseignement supérieur, Université de Liège, 2002
- [11] Defechereux Th., Faymonville M.E., Joris J., péritonéale E. La chirurgie sous hypnosédation, *Annales de Chirurgie*, 1998, 52, n°5.
- [12] Defechereux Th., Degauque C., Fumal I., Faymonville M.E., Joris J., Péritonéale E. L'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Etude prospective randomisée, *Ann Chir* 2000 ; 125 : 539-46
- [13] Francoz P. Apport de l'hypnose au cours des traitements par blocs sympathiques dans l'algodystrophie. Mémoire pour l'obtention du diplôme universitaire d'Hypnose médicale, Clinique de la sauvegarde, Lyon, 2007.
- [14] Vincent B, Wood C, Les syndromes douloureux régionaux complexes (SDRC) de type I et II, douleurs Evaluation – diagnostic – Traitement, 2008 – 9, p 11-20.

[15] Revol M, Servant J.M. Algodystrophie de la main ou « syndrome douloureux régional complexe de type 1 » (SDRC 1), 2007 janv.

[16] Baron R, Levine j, Fields H. Causalgia and reflex sympathetic dystrophy: does the sympathetic nervous system contribute to the generation of pain? Muscle & Nerve, 1999 June, p 678-695.

[17] Allaz AF : Facteurs psychologiques associés à l'algodystrophie et aux syndromes douloureux complexes. Hypothèses, controverses et approches spécifiques. Journées d'Etude sur l'Algodystrophie et les SDRC, 2001, p42-46.

[18] Bellet P. La première séance, comment démarrer ? - Revue HYPNOSE & Thérapies brèves, n°11, Nov./Déc. 2008, p 6-17.