



Université de Bourgogne
Maison de l'Université - Esplanade Erasme
BP 27877 - 21078 DIJON Cedex

Année universitaire 2021 – 2022

L'hypnose au service de la résolution du traumatisme chez le patient migrant

Diplôme Inter Universitaire
Hypnose Médicale et Clinique

Mémoire présenté et soutenu par Benjamin TUMMINELLO
Sous la direction de Madame VILLAUME

Juin 2022

Remerciements

A l'équipe de formation

Je tenais à remercier le Docteur BIOY qui a bâti et nourri ce DIU, ainsi que les intervenants qui ont apporté leur savoir. Un grand merci aux Docteurs SAGE et GAGNERET pour leur accompagnement bienveillant « de proximité ».

Un immense merci à mon accompagnatrice de mémoire, Anne VILLAUME, pour votre dynamisme, votre accompagnement tout au long de ce travail et surtout pour le partage de votre expérience.

Je rajoute également tous les étudiants du DIU qui m'ont apporté énormément avec leur retour d'expérience et leur grande compétence. Merci à tous pour ce partage inestimable et pour cette année extraordinaire passée à vos côtés (avec des tartes tatin).

Plus particulièrement...

Au Centre Hospitalier la Chartreuse, pour avoir soutenu ce projet de formation et qui me permet tous les jours de m'épanouir pleinement dans le poste que j'occupe.

A mes collègues de travail, qu'ils soient « soignants », « travailleuse sociale » ou dans l'administratif, en activité ou retraités. Merci pour cette belle expérience que je vis avec vous depuis 3 ans, de nos « confrontations constructives », des débats (caloriques) interminables. Merci de rendre ces journées passionnantes et d'avoir rajouter du sens à ma pratique infirmière. Mes remerciements se tournent tout particulièrement vers Marie-Claude VINCENT et Justin GILLET pour le temps que vous m'avez accordé aussi bien pour me former à cette discipline que je ne connaissais que trop peu, mais aussi pour toute votre bienveillance et votre professionnalisme qui seront un modèle pour moi. Je rajoute également Marie-Claude FRENISY, pour tous les « tuyaux » et les références dans cette clinique passionnante aussi bien en poste, à titre personnel que pour ce mémoire. Je n'oublie pas Géraldine BRUILLOT pour ton regard attentif sur ce travail.

A « Monsieur A », pour votre confiance et cette super dynamique de soin que nous avons réussi à créer ensemble.

Plus personnellement...

A mes amis et la famille, pour le soutien durant cette année difficile dans lequel le DIU est venu se greffer. J'ajoute une mention spéciale à mes frères et aux amis IDE : Khadija, Anaïs,

Tina, Pierre-Luc, Morgane, et Aurélie qui me rappellent en permanence pourquoi je m'épanouis pleinement dans ce métier.

A mon « formateur » Xavier. 8 ans que j'ai quitté l'école et notre rituel annuel me permet de continuer à profiter de ton partage d'expérience !

A Laura et Andrea, pour cette vie à vos côtés. Je vous aime.

Table des matières

Tables des sigles et abréviations	7
Introduction.....	8
1. Cadre théorique et conceptuel.....	10
1.1. Le patient migrant en Psychiatrie.....	10
1.1.1. La personne migrante.....	10
1.1.2. La précarité	10
1.1.3. Les prévalences psychiatriques chez les patients migrants.....	11
1.1.4. L'EMPP au service du patient migrant.....	12
1.2. Clinique de l'exil.....	14
1.2.1. Stress adapté et dépassé	14
1.2.2. Le TSPT	15
1.2.3. Evolution du stress selon la métaphore analytique de Lebigot.....	16
1.2.4. Du TSPT à l'auto-exclusion.....	17
1.3. L'hypnose au service du patient psychotraumatisé.....	18
1.3.1. L'hypnose	18
1.3.2. Etat hypnotique et dissociation péri-traumatique	19
1.3.3. Les étapes de la séance d'hypnose.....	20
1.3.4. L'hypnose auprès du TSPT.....	21
2. Problématique	22
3. Méthodologie	24
3.1. L'entretien d'accueil	24
3.2. Cadre d'intervention.....	25
3.3. L'entretien préliminaire.....	26
3.4. L'objectif initial de Monsieur A.....	27
4. Données cliniques et résultats	29
4.1. Les premières séances	29

4.1.1.	La première séance	29
4.1.2.	La deuxième séance	30
4.1.3.	La troisième séance.....	32
4.2.	Analyse de la quatrième séance (vidéo).....	34
4.2.1.	L'entretien préliminaire à la séance.....	34
4.2.2.	L'induction.....	34
4.2.3.	La phase de travail	35
4.2.4.	La réassociation	38
4.2.5.	L'entretien après à la séance	38
5.	Discussion théorico-clinique.....	39
5.1.	Confrontation des résultats.....	39
5.1.1.	L'hypnose comme prémices aux soins psychique	39
5.1.2.	L'hypnose pour communiquer auprès de l'imprononçable	40
5.1.3.	L'hypnose pour soutenir et valoriser	41
5.1.4.	L'hypnose afin de focaliser l'attention autrement	42
5.2.	Questionnement éthique suscité.....	43
	Conclusion	46
	Bibliographie	48
	Annexe.....	50

Tables des sigles et abréviations

CIM - 11 :	Classification Internationale des Maladies (onzième révision)
COMEDE :	Comité pour la santé des exilés
DIU :	Diplôme Inter Universitaire
DSM V :	Diagnostic and Statistical Manual, (cinquième révision)
Elipses :	Equipe de Lien et d'Interface Psychique au Service des Exclus du Soins
EMDR :	Eye Mouvement Desensibilisation and Reprocessing (thérapie de guérison des traumatismes par mouvements oculaires)
EMPP :	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
HCSP :	Haut Conseil de la santé publique
OIM :	Organisation Internationale pour les Migrations
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
ONSMP :	Observatoire Nationale des pratiques en Santé Mentale et Précarité
PASS :	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
TSPT :	Trouble de Stress Post Traumatique
VAKOG :	Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif (technique dite des « canaux sensoriels)

Introduction

Infirmier depuis 7 ans, je travaille actuellement au sein d'une EMPP (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité) à Dijon qui se nomme Elipses, rattachée au Centre Hospitalier la Chartreuse. Cette expérience est ma première en secteur psychiatrique.

Cette EMPP propose un accompagnement psychiatrique « hors les murs » : les patients, pour la quasi-totalité, sont orientés par des structures sociales partenaires. Ils sont ensuite rencontrés sur des lieux de vie, des accueils de jour voire même sur des lieux publics. L'équipe est composée d'un psychiatre, de 2 infirmiers, de 2 psychologues (à mi-temps), d'une assistante sociale, d'un cadre de santé et d'une assistante médico-administrative.

Cette expérience, qui marquera mon parcours professionnel, me confronte tous les jours à des situations hors du commun : des patients issus de la migration déboutés de leurs droits sur le territoire français et en grande souffrance psychique, des familles vivant dans des conditions d'extrême précarité, des patients sujets à des cas de traites d'êtres humains....

Outre la capacité à accueillir au quotidien la souffrance de l'autre, la principale qualité requise sur ce poste reste la flexibilité du soignant à devoir toujours adapter les soins qu'il propose en fonction des ressources du patient. En effet, la patientèle de cette EMPP est composée majoritairement de patients issus de la migration (plus de deux tiers) : la barrière de la langue, les conditions matérielles ou même la situation administrative nous poussent à adapter en permanence les soins chez ces patients déjà fragilisés par leur passé et le présent synonyme de précarité.

Le traumatisme que le patient a vécu est très souvent lié à un évènement du passé. L'aborder avec lui, c'est prendre le risque de lui faire revivre cet évènement avec tous les détails les plus macabres associés. Après avoir été confronté de près à la mort, est-il judicieux d'ouvrir une brèche du passé, potentiellement en voie de guérison ? Par rapport aux psychologues et aux psychiatres, au niveau infirmier, avons-nous également les moyens nécessaires d'aider le patient dans cette résolution traumatique ?

Mon travail sur cet EMPP consiste, après l'aspect clinique, à tenter de proposer le maximum de solutions au patient : par l'application de prescriptions médicales étudiées en collaboration

avec le psychiatre mais également, et surtout, par l'entretien infirmier parfois en binôme avec les psychologues. Ces stratégies non médicamenteuses que je tente de mettre en place s'articulent autour d'objectifs formulés par le patient. Souvent, ce qui est exprimé relève d'un profond sentiment d'insécurité, des aspects de déréalisation depuis le traumatisme vécu, du stress quotidien et même de dépersonnalisation.

Lutter avec le patient contre son traumatisme, en utilisant ses ressources positives, m'a renvoyé à la pratique de l'hypnose. Cette pratique, à laquelle j'avais déjà été sensibilisé durant ma formation par un anesthésiste, a attisé ma curiosité. Dans un premier temps, je me suis renseigné sur les différentes pratiques possibles, avant de me questionner, de me projeter, d'imaginer la transposer et surtout me certifier de son intérêt en milieu psychiatrique et, pourquoi pas, auprès de ce public marginalisé des soins.

Convaincu de son potentiel, je m'interroge aujourd'hui de la place qu'il est possible de lui céder auprès de ce public que je côtoie dans mon quotidien professionnel : l'hypnose s'appuie sur une approche positive, est-il possible de la confronter au traumatisme ? Quelle place peut lui faire le patient dans la résolution du traumatisme qu'il a vécu ? Est-il possible d'induire un état hypnotique auprès de patients déjà sujets à une dissociation (péri-traumatique) ?

Mon sujet de mémoire portera ainsi sur l'hypnose comme aide à la résolution du traumatisme chez le patient migrant. Aussi, pour définir ma problématique dans un premier temps, je présenterai le patient migrant en psychiatrie et la clinique en lien avec l'exil avant de les corréler avec la pratique de l'hypnose.

Dans un second temps, je présenterai la situation de Monsieur A, patient accompagné par l'équipe d'Elipses et qui aura bénéficié de plusieurs séances d'hypnose par mes soins. La méthodologie et le cadre d'intervention seront détaillés aux vues des conditions d'exercice spécifiques dans le cadre de cet EMPP.

Je me consacrerai tout particulièrement à la 4^{ème} séance d'hypnose proposée à Monsieur A, séance qui a été filmée et qui sera présentée sous cette forme. Les trois séances en amont seront également détaillées et mettront déjà en exergue l'intérêt de l'hypnose dans la résolution du traumatisme de Monsieur A.

Pour terminer, les données cliniques des quatre séances seront confrontées à la problématique de ce mémoire. Les premières réponses apportées permettront de faire émerger certaines questions éthiques, propres à la clinique d'Elipses, qui seront abordées en fin de mémoire.

1. Cadre théorique et conceptuel

1.1. Le patient migrant en Psychiatrie

1.1.1. La personne migrante

Au niveau international, l’OMS indique qu’il n’existe aucune définition « *universellement acceptée pour les migrants* »¹. La description se rapprochant la plus de la « personne migrante » est celle du « migrant international » de l’OIM des Nations Unies qui le définit comme « *toute personne se trouvant à l’extérieur de l’État dont elle possède la nationalité ou la citoyenneté ou, dans le cas des apatrides, de son pays de naissance ou de résidence habituelle. Ce terme englobe les personnes qui envisagent de migrer à titre permanent ou temporaire, celles qui migrent de manière régulière ou munies des documents requis, ainsi que les migrants en situation irrégulière.* »²

Cette définition permet d’inclure aussi bien les personnes dites « réfugiées », « demandeuses d’asile » que celles en situation d’irrégularité.

« Migrant » est un donc terme qui rassemble plusieurs individus, peu importe leur statut juridique ainsi que le pays d’origine. Pour autant ces deux éléments restent des indicateurs importants :

- le statut juridique d’une personne migrante est un élément non négligeable qui permet de déterminer, entre autres, les droits auxquels ce dernier peut prétendre. En effet, l’accès aux soins est différent pour un « réfugié », une personne en demande d’asile ou même une personne déboutée de sa demande d’asile.
- La connaissance du pays d’origine peut nous emmener à déterminer certaines différences culturelles. En effet, c’est cette culture qui va potentiellement signer une partie de l’identité du patient comme par exemple sa langue ou certaines croyances.

1.1.2. La précarité

¹ <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2017/03/what-is-a-migrant-how-definitions-affect-access-to-health-care> (consulté le 22/01/2022)

² <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration> (consulté le 22/01/2022)

Le patient migrant au sein de l'EMPP est dit en « situation de précarité ». En effet, pour la plupart, la précarité prend une dimension aussi bien sociale (face à l'instabilité de leur situation administrative, certains vivent en rue et sans papiers), économique (se retrouvent souvent sans revenus lorsqu'ils sont déboutés de leur demande d'asile), affective (en lien avec la rupture familiale et l'isolement renforcés par les codes sociaux différents du pays d'accueil) et culturelle (du fait des carences de prise en charge induites par les différences culturelles) ³

Selon J FURTOS ⁴, la précarité doit être différenciée de la pauvreté qui se résume au seuil de revenu. La précarité est « *constitutive de l'être humain* » et « *repose à l'origine sur la détresse, l'incomplétude et l'obligation d'une dépendance, ce qui entraîne l'exigence d'une reconnaissance réciproque : être considéré comme digne d'exister dans son groupe d'appartenance (d'abord la famille, elle-même englobée dans des groupes de plus en plus vastes), et à partir de là, d'exister en humanité* ». Cette précarité est dite « ordinaire », elle est une composante essentielle de la vulnérabilité humaine et, lorsqu'elle ne sera pas mise à mal, elle aboutirait à une triple confiance : en soi-même, les autres et en l'avenir. La précarité possède donc une dimension psychique et sociale, qui se cumule à la notion de pauvreté (dimension économique). Lorsque cette précarité psychique sera malmenée, elle mènera son sujet à l'exclusion sociale voire à l'auto-exclusion.

La définition de l'HCSP met en exergue les conséquences de cette précarité sur la santé psychique. En effet, la « *précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. Les processus de précarisation s'accompagnent d'une souffrance psychique alliant mauvaise image de soi et sentiment d'inutilité sociale et peuvent conduire à une véritable dégradation de la santé.* » ⁵

1.1.3. Les prévalences psychiatriques chez les patients migrants

Les patients migrants n'étant pas systématiquement inscrits dans une démarche de soins, seuls quelques indicateurs permettent de soulever la prévalence des troubles psychiques auprès de ce public.

³ Bouchaud O. Prise en charge des migrants en situation de précarité. Laennec 2007 ; n°4 Tome 55 : 50-52

⁴ Furtos J. Les enjeux cliniques de la précarité (2011). Le carnet psy 2011 ; n°156 : 30-32

⁵ <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Ouvrage?clef=15> (consulté le 14-2-2022)

Les demandes de titres de séjour « étrangers malades » entre 2017 et 2019, mettent en avant que 52,5% d'entre elles étaient exclusivement ou en partie (plusieurs motifs pouvaient être évoqués) soulevées pour motif de « troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes »⁶

Le rapport d'activité et d'observation de 2019 du COMEDE⁷ met en avant la prévalence des troubles psychiques graves chez le patient migrant : ils seraient 18,3% en grande souffrance psychique, parmi les 14 294 ayant réalisé un bilan de santé entre 2008 et 2017.

Le TSPT (Trouble de Stress Post-Traumatisme, mentionné comme « psychotraumatisme ») constitue 64% de ces troubles psychiques, complétés par les troubles anxio-dépressifs à hauteur de 22% et des traumatismes complexes à 5%.

Le passé traumatique (notamment les violences vécues au pays, durant le parcours migratoire et sur les terres d'exil) ainsi que le quotidien précaire, l'hébergement et l'isolement social sont des éléments fortement corrélés au psychotraumatisme. Le TSPT est également prévalent chez les demandeurs d'asile et les victimes de violence alors que les tableaux dépressifs sont davantage présents chez les personnes migrantes en situation de détresse sociale et celles déboutées de leur demande d'asile.

En outre, Baudet met en évidence quatre indicateurs à considérer dans l'accompagnement d'un patient migrant : le vécu prémigratoire, le départ ainsi que le voyage, le vécu post migratoire, et les aspects transculturels (qui peuvent induire un diagnostic différentiel)⁸

1.1.4. L'EMPP au service du patient migrant

La circulaire du 23 novembre 2005 fixe le cadre d'action de l'EMPP. En outre, cette équipe pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmiers et assistants de service social) a pour mission de se rendre au plus près des patients en situation de précarité et donc à l'extérieur des établissements hospitaliers. Elle travaille en étroite collaboration avec les intervenants sociaux et éducatifs ainsi que la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) ; elle est également amenée à les former, les conseiller et les sensibiliser autour des troubles psychiques. Les patients issus de la migration occupent une place de plus en plus importante au sein de la

⁶ Sebille A, Prunier C. Pathologies psychiatriques : les demandes de titres de séjour pour soins. adsp 2020 ; n°111 : 48-52

⁷ <https://www.comede.org/rapport-dactivite/> (consulté le 13-02-2022)

⁸ Baudet T, Saglio Yatzimirsky MC. Migrants et santé : soigner les blessures invisibles et indicibles. La santé en action 2021 ; n°455 : 15-16

patientèle des EMPP : l'orientation des patients répond aux règles de sectorisation psychiatrique en vigueur. En effet, au sein de l'agglomération dijonnaise, l'EMPP accompagne tous les patients dits « hors secteurs » c'est-à-dire n'ayant pas de logements ou résidant temporairement sur de l'hébergement d'urgence.

Les restrictions d'accès aux soins auxquels sont confrontés les patients migrants (les difficultés d'accès à la couverture sociale ainsi que la barrière de la langue poussent à différer les soins ou même à y renoncer) cumulées aux flux migratoires, favorisent grandement la précarité de ce public d'où le fait qu'il représente une majorité dans la file active des EMPP.

En adéquation avec son référentiel, l'infirmier aura pour mission de :

- Accueillir et évaluer les demandes sur le premier entretien et éventuellement les orienter sur d'autres structures ;
- Assurer le suivi des patients desquels il est garant et la continuité des soins en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire ;
- Préparer des piluliers et surveiller l'efficacité des thérapeutiques prescrits ;
- Favoriser l'autonomie du patient ;
- Proposer ponctuellement des temps de médiation thérapeutique ;
- Soutenir, écouter et soulager la souffrance psychique ;
- Recueillir l'ensemble des données cliniques ;
- Participer à l'éducation thérapeutique du patient ;
- Participer aux temps de synthèse, au sein de l'équipe et avec les partenaires sociaux et éducatifs.

Plus précisément, le Code de déontologie infirmière, au sein de son article R. 4312-19, indique que « *en toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement. L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur* »⁹

L'hypnose s'inscrit dans les techniques psychocorporelles pouvant répondre à cette souffrance. En outre, elle est accessible aux infirmiers à condition d'avoir été formé à cette pratique. Le recours à l'hypnose peut faire partie du rôle propre infirmier au sein de l'EMPP à condition

⁹ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496778 (consulté le 13-02-2022)

qu'il reste dans son champ de compétence. Il sera un moyen de soutenir, écouter et soulager la souffrance psychique d'un patient migrant et/ou en situation de précarité.

1.2. Clinique de l'exil

Comme il a été montré précédemment, la clinique de l'exil, en psychiatrie, renvoie très fortement aux troubles anxieux et au TSPT. Il convient de s'intéresser aux différentes formes que prend le stress dans cette clinique.

1.2.1. Stress adapté et dépassé

Selon l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, un état de stress survient lorsqu'il y a « *un déséquilibre entre la perception qu'une personne a de ses contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face* »¹⁰. Il est une « *réaction physiologique, biologique, psychologique réactionnelle à la peur* »¹¹.

Deux types de stress sont décrits par le Général Crocq : le stress « adapté » et « dépassé ». Le stress adapté ¹² est une « réaction immédiate adaptative » : elle est de courte durée, utile et surtout salvatrice. Il s'agit d'une réaction qui appartient à l'exceptionnel et qui va avoir trois effets directs : une focalisation de l'attention, une mobilisation voire une exacerbation des capacités mentales et une incitation à l'action. Il engage un coût d'énergie psychiques et physiques accompagnés de symptômes neurovégétatifs. La réaction de ce stress sera proportionnelle à la durée de la menace : elle prendra fin dès lors que le sujet aura déployé toutes les stratégies lui permettant de se sentir hors de danger.

Le stress dépassé ¹³ dit aussi « inadapte » est une réaction liée à un traumatisme d'emblée trop intense, prolongé ou répété auprès d'un sujet en situation de vulnérabilité. L'imprévisibilité de l'évènement, sa gravité, sa proximité et l'intentionnalité humaine, notamment lorsqu'elle

¹⁰ www.editions-tissot.fr/guide/definition/stress (consulté le 22-4-2022)

¹¹ <https://www.atousante.com/actualites/psychotraumatisme-reconnaitre/> (consulté le 22-4-2022)

¹² Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. 1^{ère} ed. Paris : Odile Jacob ; 1999. p. 69-74

¹³ Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. 1^{ère} éd. Paris : Odile Jacob ; 1999. p. 75-80

confrontera le sujet à sa propre mort ou à celle d'autrui, seront des facteurs prédominants. Il se traduit, en phase immédiate, par des réactions archaïques traduisant une « désorganisation psychique » qui sont au nombre de quatre : l'inhibition stuporeuse (sidération), l'agitation incoordonnée, la fuite panique et l'action automatique.

La dissociation dite « péri-traumatique » va également être synonyme d'un stress dépassé et est un facteur prédictif d'un TSPT ¹⁴.

1.2.2. Le TSPT

Au cours de l'Histoire, le TSPT est décrit sous plusieurs formes : d'une conversion hystérique traumatique selon Freud et Breuer (1895) jusqu'à la névrose traumatique de Oppenheim (1988).

Dans le DSM-V ¹⁵, il est défini comme une « *affection caractérisée par l'apparition de symptômes psychiatriques après exposition à un événement potentiellement traumatique* » et apparaît dans une sous-partie intitulée « *Troubles liées à des traumatismes ou à des facteurs de stress* », ce qui l'isole des autres troubles anxieux. Son diagnostic est posé à partir d'un mois (critère F) ; il est dit « chronique » si les troubles persistent au-delà de 3 mois, les manifestations peuvent également être différées (6 mois après l'évènement).

De même, depuis la CIM - 11, il apparaît dans le sous-chapitre intitulé « *Troubles spécifiques associés au stress* » sous le nom d' « *Etat de stress post-traumatique* ».

Selon le DSM-V, l'établissement d'un diagnostic de TSPT doit répondre à plusieurs critères et, en premier lieu, la présence d'un évènement traumatisant entraînant l' « *exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles* » (critère A) de manière directe ou indirecte. En second lieu, la symptomatologie devra regrouper 4 dimensions essentielles :

- L'intrusion (critère B) qui correspond à « *la présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants [...] associés à un ou plusieurs évènements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des évènements traumatiques en cause* ». Le sujet est alors confronté à des réactions dissociatives où l'évènement traumatique est vécu

¹⁴ Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques. 1^{ère} éd. Paris : Dunod ; 2005 : p. 37

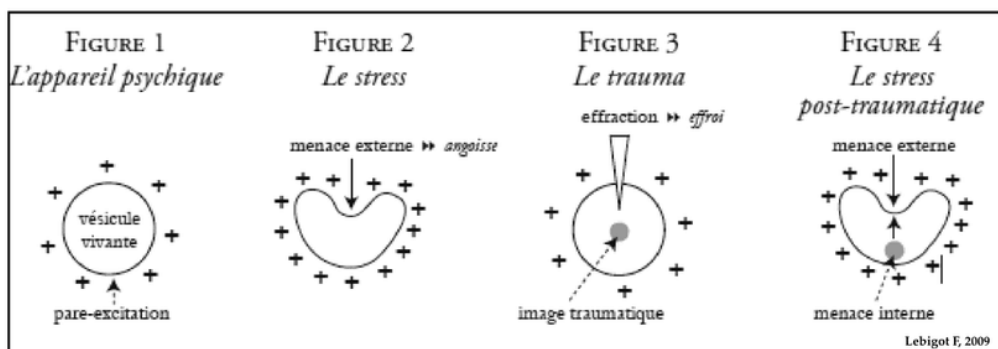
¹⁵ Mini DSM-5, critères diagnostiques (American Psychiatric Association) : p. 133-136

avec la même détresse psychique et les mêmes manifestations physiologiques réactionnelles.

- L'évitement (critère C) se manifeste par l'ensemble des comportements et des efforts mis en œuvre par le sujet pour éviter les « *rappels externes* » ainsi que les « *souvenirs, pensées ou sentiments* » associés à l'évènement.
- La perturbation de l'humeur et de la cognition (critère D) est souvent liée à une amnésie dissociative de l'épisode traumatique. Elle entraîne chez le sujet la méfiance d'autres personnes ou au monde, une autodepréciation, un état émotionnel négatif persistant, un ralentissement psycho-moteur ainsi qu'un sentiment de déréalisation et de dépersonnalisation.
- L'hyperéveil et l'hyperréactivité (critère E) en lien avec l'épisode traumatique, sont régulièrement associés à un comportement irritable, irréfléchi, autodestructeur ou des accès de colère, des troubles du sommeil et de la concentration.

Pour terminer, ces troubles doivent être isolés de toute autre pathologie ou des effets d'une substance et avoir un impact significatif dans les domaines personnels et professionnels pour que le diagnostic soit établi (critères G et H).

1.2.3. Evolution du stress selon la métaphore analytique de Lebigot



Dans la métaphore analytique de Lebigot ¹⁶, l'appareil psychique est comparé à une vésicule vivante. Elle est dotée d'une membrane, elle-même chargée d'énergie positive, et occupe un rôle protecteur et de « pare-excitations » visant à protéger l'appareil psychique.

Le stress entraînerait un écrasement de cette vésicule, la mettant en tension et en souffrance tout en activant les mécanismes de défense de cette dernière. Bien que la vésicule soit déformée, la membrane reste imperméable aux effractions : la menace est externe..

¹⁶ Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques. 1^{ère} éd. Paris : Dunod ; 2005 : p. 9-14

Lorsque cette vésicule est soumise à un traumatisme, il se produirait une effraction de cette dernière, du pare-excitation et de sa membrane. La violence et l'intensité du traumatisme entraînerait l'incrustation de l'image traumatique dans l'appareil psychique. L'image traumatique va alors exercer tous ses effets néfastes au sein de l'appareil psychique : la menace est interne.

Le TSPT va alors combiner un écrasement de cette vésicule et l'effraction de cette dernière : la menace sera donc interne et externe.

1.2.4. Du TSPT à l'auto-exclusion

Dans le TSPT, le traumatisme entraîne un isolement et une méfiance de l'autre et tout particulièrement de ses anciens pairs qui seront associés à l'image traumatique. L'effraction psychique et l'évitement associés peuvent alors pousser le sujet à fuir ce « danger potentiel », porté par l'autre qui rappellera également l'évènement avec toute l'horreur associée. Ces éléments sont alors prédictifs d'une auto-exclusion induite par le sujet afin de « *sortir de soi-même, comme un retournement de gant ; s'exclure de soi, pour ne pas souffrir, sortir de l'agonie, de l'effondrement, de la révolte impossible* »¹⁷.

Ce syndrome d'auto-exclusion est particulièrement développé au sein de l'ONSMP. Il n'apparaît pas dans la classification du DSM-V, à l'inverse de « l'exclusion sociale ou le rejet » qui est défini comme l'« *exclusion et rejet sur la base de caractéristiques personnelles telles que l'apparence physique, l'orientation sexuelle, l'identité et l'expression de genre, la maladie ou le comportement.* »¹⁸

Furtos mentionne 7 composants du syndrome d'auto-exclusion¹⁹:

- le rapprochement subjectif, au sein d'une relation d'aide, entraîne des effets inverses à ceux qui étaient attendus ;
- l'anesthésie ou l'hypoesthésie sur le plan cutané et cénesthésique (entraînant la perte ou la diminution ou disparition des somesthésies douloureuses, conséquence d'un « émoussement émotionnel » et des signes de « repli et d'inhibition affectivo-cognitive » associés) ;

¹⁷ Furtos J. Le syndrome d'auto-exclusion. Rhizom 2002 ; 9 : p. 15

¹⁸ <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2f%2fid%2f292381213> (consulté le 5/4/2022)

¹⁹ Furtos J. Le syndrome d'auto-exclusion. Rhizom 2002 ; 9 : p. 15.

- des comportements plus ou moins violents qui ont pour but de détruire le lien social ;
- l'incurie à l'absence du souci de soi-même (l'aide est non sollicitée ou refusée) ;
- l'hyperinvestissement des objets qui sont synonymes de ce qui est perdable et perdu;
- la rupture entretenue des liens transgénérationnels ;
- le non accès au Soin, induit par les composantes cités précédemment.

Elle possède une forte dimension sociale dans laquelle, le lien à l'autre a été mis à mal. Dans ce contexte, la relation et le lien que le soignant doit bâtir avec le patient en situation d'auto-exclusion seront les mots d'ordre et source d'une grande complexité.

1.3.L'hypnose au service du patient psychotraumatisé

1.3.1. L'hypnose

L'origine du mot hypnose provient du grec ancien à savoir « *υπνος* » ou « *húpnos* » qui signifie « sommeil ». Le terme « hypnostisme » est introduit par Braid en 1883 et renvoie au « *sommeil nerveux* » qui aurait, au réveil, un impact physiologique et psychologique. Si son approche a évolué au fil des siècles, elle mettra toujours en évidence un sujet et un praticien.

L'hypnose ericksonnienne, base de l'hypnose actuelle, se développe tout particulièrement au XXème siècle avec comme pionniers Ericsson et Roustang. Elle repose sur une méthode permissive sollicitant l'inconscient, véritable puits de ressources pour le patient. Le praticien occupe la place de guide auprès du patient : par la suggestion, il orientera ce dernier vers la solution positive, que le patient créera et qui lui correspondra.²⁰ Le patient sera donc au cœur de la séance d'hypnose : il définira l'objectif et l'ensemble des moyens qu'il souhaite mettre en œuvre pour l'atteindre.

La *Society of Psychological Hypnosis* propose une définition internationale de l'hypnose. En outre, elle représente « *un état de conscience incluant une focalisation de l'attention ainsi qu'une attention périphérique diminuée, caractérisé par une capacité accrue à répondre à la suggestion* »²¹

²⁰ Intervention de Mainguet A. DIU Hypnose Clinique et Médicale, Module 1, Histoire de l'Hypnose (8/11/2022)

²¹ Bioy A. L'hypnose. 2^e ed. Paris : Que sais-je ? ; 2020. p. 26

Pour autant, cette définition ne mentionne pas la présence du praticien et du lien qu'il occupe avec le patient. En effet, l'hypnose regroupe deux dimensions essentielles :

- l'état de conscience modifié, temporairement, suite à ce que l'individu vient de vivre avec le praticien. Il s'agit d'une "*conscience élargie*" qui fait appel à notre sensorialité, de la "*conscience de l'environnement, la conscience de soi, et la conscience de soi en interaction avec l'environnement*".²²
- la relation entre deux individus ou plus, dont le lien est animé par l'influence du praticien.

L'hypnose peut donc se définir comme un "*Mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi.*"²³

1.3.2. Etat hypnotique et dissociation péri-traumatique

L'état de conscience modifié, invariant de l'état hypnotique, renvoie au concept de « dissociation ».

Cette dissociation prend plusieurs sens selon Cadena à savoir ²⁴ :

- un état de conscience modifié, comme par « *absorption* ». Elle peut aussi bien être induite par une tâche banale du quotidien que par une pathologie
- une fragmentation de la personnalité, qui va se caractériser par un scindement « *d'une partie normale de la personnalité et la partie émotionnelle de la personnalité* ». Cette partie émotionnelle étant porteuse du noyau traumatique, la dissociation en découlerait
- « *une modalité adaptative et défensive à un évènement extraordinaire* »

Les différents sens de la dissociation soulevés renvoient essentiellement à un caractère pathologique et également traumatique. Elle est néanmoins caractérisée par Bioy et Collinet comme un "*processus inné et universel, et même plus que cela : [...] nécessaire au développement humain*" ²⁵ : au sens large, la dissociation interviendrait dans les processus d'apprentissage d'un geste, d'un comportement ou d'une pensée jusqu'à le ou les rendre automatiques. Elle serait un rituel inné et transitoire lorsqu'elle serait « agie ». A l'inverse, elle s'inscrirait dans un registre pathologique lorsqu'elle serait « subie » et à caractère chronique.

²² Bioy A. L'hypnose. 2^e ed. Paris : Que sais-je ? ; 2020. p. 28

²³ Bioy A. L'hypnose. 2^e ed. Paris : Que sais-je ? ; 2020. p. 27

²⁴ Bioy A, Collinet M. La dissociation est-elle nécessairement pathologique ?. La revue de l'hypnose et de la santé 2022. 18 : 76 - 79

²⁵ Bioy A, Collinet M. La dissociation est-elle nécessairement pathologique ?. La revue de l'hypnose et de la santé 2022. 18 : p. 76 - 79

La dissociation dite « péri-traumatique » renvoie aux « états dissociatifs » péri-traumatiques, mentionnés par Lebigot. Elle serait la conséquence d'une « *conjonction d'un stress et d'un trauma qui atteint un niveau tel qu'elle entraîne une déstructuration plus ou moins complète de la conscience* » ou d'un « *effroi prolongé ; le sujet ne sort pas de la scène traumatique* ». ²⁶ Elle est également mentionnée dans le DSM-V comme une « réaction dissociative » : il précise également le fait que le ressenti et le comportement du patient sont les mêmes que lors de l'évènement traumatique. Quoique subie, elle peut aussi bien être chronique que temporaire mais pas à caractère obligatoire dans le TSPT ²⁷.

La pratique de l'hypnose permet d'induire une dissociation qui sera un prétexte pour la personne sujette à « *vivre une expérience différente de la réalité dans laquelle elle est plongée* » ²⁸. En outre, la « *dissociation traumatique pourrait être vue comme une tentative de résolution à demi-efficace face à l'angoisse du trauma, l'hypnose permettant d'utiliser cette capacité jusqu'à la réduction ou la dissolution des émotions négatives* » ²⁹.

1.3.3. Les étapes de la séance d'hypnose

Un entretien préalable permet de présenter l'hypnose et son intérêt afin que le patient puisse formuler un objectif pour la séance qui en découlera. Elle est essentielle auprès du public migrant qui n'en connaît pas nécessairement les aboutissants.

La future séance d'hypnose se composera de trois étapes ³⁰ :

- l'induction hypnotique qui emmène le patient dans un état de conscience modifié ;
- la phase de travail permet d'approfondir l'état dissociatif hypnotique du patient. Son but est de mobiliser des solutions par l'intermédiaire du patient. Le praticien aura pour rôle d'influencer par l'intermédiaire de suggestions à visée thérapeutiques (directives ou semi-directives mais également post-hypnotiques).
- le retour et la réassociation seront la transition entre l'état hypnotique et « l'ici et maintenant ».

²⁶ Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques. 1^{ère} éd. Paris : Dunod ; 2005 : p. 45

²⁷ Bioy A. L'hypnose. 2^e ed. Paris : Que sais-je ? ; 2020. p. 33

²⁸ Bioy A. L'hypnose. 2^e ed. Paris : Que sais-je ? ; 2020. p. 33

²⁹ Bachelard M, Bioy A, Crocq L. L'hypnose ericksonnienne et sa pratique dans le trauma psychique. Annales Médico-Psychologique 2013 ; n 171.; 2013. p. 669

³⁰ Intervention de Mainguet A. DIU Hypnose Clinique et Médicale, Module 1, Histoire de l'Hypnose (9/11/2022)

1.3.4. L'hypnose auprès du TSPT

Bernheim sera l'un des premiers à avoir recours à l'hypnose (1884) pour accompagner des anciens militaires victimes de « chocs émotionnels » suite à des traumatismes de guerre.

³¹ Dans la même lignée, Crocq mentionne que l'hypnose a été utilisée lors de la Première Guerre Mondiale auprès des « névroses de guerre » afin de réduire l'anxiété et le risque de conversion hystérique.³²

En outre, l'hypnose entraîne ³³ :

- une modification de l'orientation temporo-spatiale ;
- l'activation simultanée des circuits de l'attention (par la focalisation sur un élément donné) et de la détente ;
- une concentration de l'attention sur un élément étudié lors de la séance ;
- une baisse du jugement et de la censure (l'expérience est vécue sans être analysée par le patient pour autant) ;
- une réponse presque automatique du patient à la suggestion.

L'hypnose peut alors être une alliée incontestable face à de nombreux symptômes relatifs au TSPT : le stress, l'anxiété, les troubles du sommeil, certaines émotions trop envahissantes ainsi que les ruminations traumatiques. Dans ce trouble où l'attention est focalisée sur l'image traumatique, l'hypnose permet d'élargir la perception du patient et de focaliser l'attention autrement. Elle invite le patient à ressentir différemment, trouver une solution personnalisée à ses problèmes, quitter temporairement la tyrannie du présent guidé par le passé et ce, sous l'influence bienveillante du praticien dans un contexte propice au changement.

Pour autant, dans la résolution du traumatisme, Crocq précise que les méthodes thérapeutiques telles que l'hypnose « *ne sauraient remplacer la maîtrise de l'évènement par la verbalisation dans un langage authentique qui anticipe sur la prise de conscience au lieu de se limiter à un simple récit répétitif et, souvent, leur succès tient à leur emprunt à cette méthode.* »³⁴

L'hypnose va donc intervenir en complémentarité d'un accompagnement psychothérapeutique.

³¹ Bioy A. L'hypnose. 2^e ed. Paris : Que sais-je ? ; 2020. p. 29 – 30

³² Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. 1^{ère} éd. Paris : Odile Jacob ; 1999. p. 314-316

³³ Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. 1^{ère} éd. Paris : Odile Jacob ; 1999. p. 314-316

³⁴ Crocq L. Stress, trauma et syndrome psychotraumatique. SOINS PSYCHIATRIE 1997, n°188 : 12.

2. Problématique

Mon questionnement initial portait sur le recours à l'hypnose comme une aide à la résolution du traumatisme chez un patient migrant. En outre, je m'interrogeais sur les modalités de l'action de l'hypnose et sur son intérêt auprès de ce public.

Outre le fait que l'hypnose ericksonienne se base sur une approche positive, ma première conclusion me permet de mettre en avant que le traumatisme du patient n'est pas à aborder directement lorsque le praticien est un infirmier. Comme il nous l'a été mentionné durant les sessions de formations et notamment par D. GAGNERET et D. SAGE, aborder le symptôme d'un patient avec ce dernier représente déjà une forme de suggestion. En ce sens, le traumatisme doit être affronté avec des armes qui appartiennent à la psychothérapie, domaine dans lequel l'infirmier ne connaît pas toutes les habiletés.

Pour autant, l'hypnose ericksonienne représente une méthode thérapeutique qui peut être utilisée auprès du TSPT, avec une dynamique prônant la positivité, pour lutter contre certains symptômes envahissants : des émotions néfastes, de l'anxiété, des troubles du sommeil et des ruminations traumatiques. Elle peut donc intervenir de façon indirecte dans la résolution du traumatisme et ce, portée potentiellement par un praticien infirmier.

L'hypnose va alors induire une autre forme de dissociation et pourra s'appuyer sur un état dissociatif éventuellement déjà présent. Le TSPT entrainerait une focalisation permanente du sujet sur son traumatisme, parasitant aussi bien sa vie professionnelle que sociale. L'auto-exclusion en serait une complication.

Lorsqu'elle est extirpée de son caractère pathologique, la dissociation peut alors être « saine » et notamment dans le cas de l'hypnose : elle permet d'élargir les perceptions du patient quand celui est alors victime de tout ce qui véhiculé par l'image traumatique incrustée.

Le patient migrant est très souvent marginalisé des soins, et cet isolement est renforcé par la précarité et la présence d'un TSPT. Proposer la pratique de l'hypnose nécessite néanmoins une alliance thérapeutique solide, dans un contexte où le lien à l'autre reste souvent mis à mal.

Je développerai dans la seconde partie de ce mémoire, à travers une situation clinique, la mise en œuvre d'une séance d'hypnose et les questions qu'elles peuvent soulever auprès des patients migrants.

Dans quelle mesure l'hypnose permettra-t-elle d'accompagner le patient migrant dans la résolution de son traumatisme, lorsque la séance sera proposée par un praticien infirmier ?

3. Méthodologie

3.1. L'entretien d'accueil

Monsieur A a été « signalé » par un partenaire six mois en amont. Il est originaire du Soudan et vit actuellement dans un appartement diffus (hébergement d'urgence, temporaire, mis à disposition par l'association qui l'accompagne). Il est en procédure d'asile lorsque je le rencontre. Cette première rencontre se réalise avec l'interne psychiatre. Nous fixons le lieu de rendez-vous dans le bureau de ce même partenaire qui l'a signalé.

La communication est facilitée avec Monsieur notamment grâce à son excellent niveau de français. Il est plutôt avenant et sourit parfois timidement. Après avoir expliqué les missions de notre équipe et ses modalités d'accompagnement, nous commençons l'entretien. Il verbalise mal ses troubles et ne souhaite pas aborder son histoire (notamment les raisons du départ de son pays). Il explique brièvement avoir rencontré des « problèmes au pays » et avoir subi « des choses compliquées ». Nous encourageons cette pudeur tout en lui précisant que nous serons disponibles s'il souhaite nous en faire part un jour. Son moral serait très fluctuant, avec des périodes de thymie très basse. Il nous signale également des cauchemars de répétition et ne dormirait d'ailleurs qu'à raison de trois heures par jour. Il nous parle également de flashes d'événements traumatiques, anciens, à la venue de certains bruits assourdissants. Son quotidien est ponctué de stress et d'incertitude. Il s'est isolé depuis l'évènement, il ne côtoie d'ailleurs par d'autres soudanais ni d'érythréens. Les ruminations traumatiques sont omniprésentes. Il évoque également des idées noires qu'il ne détaille pas. Il répond négativement quand je lui demande « est-ce qu'il y a encore de l'espoir ? ». Monsieur A. est comme « absent » à certains moments

Ce premier entretien permet de rentrer en relation avec Monsieur A. Ce lien, qui va se bâtir progressivement, sera indispensable pour la continuité des soins et propice à l'alliance thérapeutique.

L'ensemble des éléments mis en avant laissent deviner un TSPT (insomnie, cauchemars de répétition en lien avec des éléments du passé, méfiance des pairs, tristesse d'humeur, stress, ruminations traumatiques, reviviscences, éléments de dissociation péri-traumatique...) que

mon collègue abordera rapidement avec Monsieur A. Ce retour est indispensable du fait que ce dernier ne semble pas comprendre ses troubles. Les éléments que nous décelons peuvent conduire à tort à d'autres diagnostics (notamment à celui d'une psychose : les reviviscences peuvent être confondues avec des hallucinations psychotiques, ainsi que la dissociation péri-traumatique avec celle d'une dissociation psychotique...) Monsieur A. avouera d'ailleurs avoir « l'impression de devenir fou ». A mon niveau, je lui explique qu'il existe de nombreuses solutions pour les troubles anxieux, qu'ils se soignent et qu'ils sont temporaires. Ils sont d'ailleurs apparus car les problèmes qu'il a traversé sont certainement « trop graves ». Je ne connais pas son histoire, mais je m'appuie sur ce que je devine pour lui rappeler « que le plus dur » a déjà été traversé, qu'il a fait preuve de courage et d'intelligence pour être face à nous aujourd'hui et « vouloir continuer à avancer ». Ma pratique s'appuie sur des perspectives positives qui sont proposées aux patients sans pour autant minimiser ce qu'ils ont traversé. Monsieur A. semble d'ailleurs réceptif bien qu'il n'approuve que timidement ce que nous lui mettons en avant.

Un traitement hypnotique est mis en place de façon à favoriser le sommeil dans un premier temps, traitement que Monsieur A accepte, au même titre que l'accompagnement futur que nous lui proposons. Je devrai dispenser les traitements à Monsieur A, ce qui sera également un prétexte pour le revoir rapidement.

3.2. Cadre d'intervention

L'équipe d'Elipses se réunit une fois par semaine durant une synthèse. Ce moment permet à la fois d'aborder les nouvelles situations mais également d'échanger autour de l'accompagnement des patients suivis avec l'intégralité de l'équipe. L'ensemble des éléments mis en avant permet de délibérer en équipe du suivi, ou non, par notre équipe pour les nouvelles situations qui nous sont signalées. Elle déterminera par la suite d'éventuels soignants dits « référents », qui auront une attention toute particulière pour le patient. Un infirmier est presque systématiquement positionné sur les situations, en complément d'un psychologue et/ou d'un médecin psychiatre (ou d'un interne). Les conditions organisationnelles permettent à l'interne psychiatre d'assister au premier entretien. L'hypnose sera étudiée et proposée après l'avis des soignants référents : l'hypnose étant déconseillé face à certains troubles de la personnalité et certaines pathologies psychiatriques, il est essentiel d'avoir certains éléments diagnostiques avant de proposer des

séances au patient. Le premier entretien avec Monsieur A met en avant essentiellement des éléments anxio-dépressifs pour lesquels l'hypnose a un réel intérêt. Mon collègue interne encouragera la pratique de l'hypnose pour Monsieur A en soutien de ce que nous lui proposerons : bien qu'il ne soit pas formé à l'hypnose, son avis est néanmoins indispensable. L'équipe d'Elipses ne possède pas de locaux et intervient, dans un premier temps, dans la logique de « l'aller-vers ». Nous rencontrons Monsieur A dans le bureau du partenaire pour faciliter cette première rencontre. Les séances d'hypnose pourront être proposées aussi bien dans son appartement que dans les bureaux partenaires mis à disposition, avec les aléas associés (notamment les bruits des voisins de chambre et les bureaux avoisinants peu propices à l'intimité).

L'entretien d'accueil permet de rentrer en contact avec Monsieur A. et d'aborder avec lui le soin psychique. Face à la sévérité des troubles qu'il peut provoquer, cet entretien permet également de définir le TSPT avec le patient. Cette étape permet aussi bien de rassurer Monsieur A. (du fait que le TSPT reste un trouble anxieux, qui se soigne et qui peut être passager) que de lui proposer indirectement, un avenir avec plus « d'espoir » en adéquation avec la ligne de conduite de l'hypnose ericksonienne qui suggère au patient de formuler des objectifs positifs.

Etant le seul soignant à utiliser l'hypnose auprès de Monsieur A, la pratique sera conditionnée par les objectifs de Monsieur A et devra se limiter au champ de compétences infirmières. Pour autant, l'organisation de travail au sein d'Elipses me confère une grande autonomie et me permet de coordonner seul les séances d'hypnose auprès de Monsieur A. L'interne psychiatre, accompagnant également Monsieur, et le médecin psychiatre coordinateur restent néanmoins des superviseurs et des ressources inestimables.

3.3.L'entretien préliminaire

Monsieur a été revu à plusieurs reprises aussi bien de façon formelle (entretien avec le médecin) que de façon brève (dispensation de traitement, activité de médiation thérapeutique, rencontres inopinées...) Un lien de plus en plus fort se bâtit avec Monsieur A qui est déjà soulagé au niveau du sommeil. Le stress et les ruminations sont toujours présents malgré l'instauration d'un traitement anxiolytique. Il laisse tout de même la place à un peu d'espoir quant à sa santé

psychique. Monsieur témoigne d'ailleurs de troubles de l'attention et de la mémoire depuis l'évènement traumatisant. J'assiste d'ailleurs à des moments « d'absence » semblables à des moments de dissociation probablement dus à la reviviscence d'évènements traumatiques. Parfois, je dois répéter plusieurs fois mes questions et recentrer en permanence l'entretien. Face au tableau clinique que Monsieur A présente, l'hypnose est abordée avec ce dernier. Cependant, il ne parvient pas à se représenter une séance mais semble curieux de découvrir cette pratique. Je lui explique qu'il s'agit d'un moment qui fait appel à « du positif » qu'il va « imaginer » ou qu'il connaît déjà. Je vulgarise volontairement mon explication aux vues de son niveau de français, certes bon, mais qui pourrait entraîner l'incompréhension de certains termes. Je reste moi-même optimiste afin de ne pas décrédibiliser en amont une éventuelle future séance. Face à la souffrance quotidienne de Monsieur, il y adhère immédiatement.

3.4. L'objectif initial de Monsieur A

Les attentes de Monsieur A sont définies à travers l'objectif qu'il formulera durant cet entretien préliminaire. Cette étape permet à Monsieur A de mieux s'approprier les séances et d'adapter de mon côté ce que je lui proposerai durant les phases de travail.

Plusieurs séances peuvent être réalisées avec Monsieur, aussi, cet objectif sera amené à évoluer en fonction de l'impact éventuel des séances et de sa prise en soin. L'objectif sera donc réévalué en permanence.

Je lui demande quelles seraient ses attentes, toujours dans un vocabulaire plutôt simple. Les ruminations traumatiques sont omniprésentes durant ses journées, pauvres en activités, et l'enferment dans des pensées négatives. Monsieur A propose comme objectif de « penser mieux ». Pour bien comprendre sa demande, je lui propose s'il veut dire « avoir plus de pensées positives sur la journée » par l'intermédiaire de nos futures séances, ce qu'il me confirme.

Dans cette situation, l'objectif est reformulé avec le patient, en premier lieu, car la langue maternelle de Monsieur est différente de la mienne. Cette reformulation par le soignant avec le patient permet d'éviter les quiproquo tout en discernant parfaitement les attentes de Monsieur. En second lieu, Monsieur A reste sujet à des maux qui vont ternir la formulation de ses objectifs. « Penser mieux » sous-entend « penser mal » et met en avant une certaine autodépréciation chez Monsieur A. L'hypnose s'appuyant sur les ressources enfouies des patients, je me permets de tourner l'objectif différemment, avec les éléments que Monsieur A. met à disposition, tout en lui demandant son aval. Ainsi, je lui montre qu'il dispose déjà de

certaines ressources et ensuite, indirectement, je lui suggère qu'il parviendra à les exploiter et à les développer. Je lui rappelle d'ailleurs que l'hypnose n'apporte « que du positif ».

4. Données cliniques et résultats

4.1. Les premières séances

4.1.1. La première séance

Je revois Monsieur à son domicile. Il se souvient de ce que nous avons échangé lors du dernier entretien et notamment de ce que je souhaitais lui proposer à travers l'hypnose. Son état moral est stationnaire malgré une montée de stress soudaine face à l'arrivée d'une convocation pour sa demande d'asile. Il reste adapté durant l'entretien et tient à me verbaliser certains éléments traumatisants vécus au pays. Durant cet entretien, Monsieur A devra aborder son histoire dans les moindres détails et souhaite l'aborder avec moi en qui il commence à avoir confiance. Je rebondis sur ses propos en lui demandant « comment il se sent depuis cet évènement ? ». Il m'explique alors que « tout a changé », que ses pairs, son environnement et « le monde » sont désormais différents. Je lui demande s'il connaît un lieu ou un endroit dans lequel il se « sent bien et pourquoi pas en sécurité ». Il ne parvient pas à en déterminer un. Aussi, je lui propose d'en construire un lors de cette première séance.

L'induction est particulièrement brève Monsieur A étant particulièrement réceptif, ce qui me surprends d'ailleurs. J'utilise la respiration comme focalisation : travaillant régulièrement avec la cohérence cardiaque en dehors de l'hypnose, l'utilisation de la respiration comme moyen d'induction représente la continuité de ce que je peux proposer aux patients. La phase de travail est surtout axée autour de la découverte d'un lieu que Monsieur A va finalement construire au fur et à mesure : un jardin, vert, fleuri, ponctués de fleurs et délimité par des arbustes qui rend cet endroit d'autant plus intime. Il me confirme avoir bien « trouvé ce lieu » par un signaling de l'index. Il acceptera d'ailleurs d'en parler par la suite et de se l'approprier (« mon jardin intérieur »). Le VAKOG est particulièrement exploité afin que Monsieur puisse visualiser ce lieu, ses odeurs, le goût d'un fruit tombé d'un arbre, les voix familières et amicales de connaissances qui ne sont pas très loin et les différentes textures que peuvent offrir la Nature... Monsieur A prend le temps de découvrir ce jardin et d'apprécier cette parenthèse. Il est d'ailleurs invité à s'allonger dans un carré « d'herbe frais et rayonnant de lumières vives » et de profiter de ce moment. Je lui suggère alors de visualiser sa respiration, dans ce jardin, la détente qu'elle procure à son corps par « l'oxygène qui se diffuse dans tout son corps » et je lui indique qu'il pourra retrouver cette sensation confortable et de bien-être à chaque fois qu'il

prendra le temps de « respirer pleinement » comme il le fait actuellement. Sa respiration est particulièrement audible à ce moment. Ce jardin, lieu ressource désormais pour Monsieur, sera donc toujours accessible par l'ancrage et les suggestions post-hypnotiques que je lui propose. La phase de travail se termine sur cette perspective positive.

La phase de réassociation conduit progressivement Monsieur A dans « l'ici et maintenant ». Avec mes indications, il commence par bouger les membres inférieurs, puis supérieurs, puis ouvre les yeux et fini surtout par « prendre une grande respiration » qui permet de conclure cette séance sur le même procédé que j'ai utilisé pour l'induction.

Il parle peu en fin de séance, mais prend le temps de me remercier de « l'avoir fait rêver » et d'ajouter que « l'imagination est ce qu'il y a de mieux ». Il est fatigué et va se coucher à mon départ. J'insiste sur le fait qu'il a construit « seul » son jardin avec « juste quelques indications » et j'en profite pour lui recommander de « visualiser ce jardin avec les mêmes sensations » lorsqu'il prendra le temps de respirer.

4.1.2. La deuxième séance

Je revois Monsieur A une quinzaine de jours après la première séance. La semaine précédente, il témoignera au médecin des bienfaits de l'hypnose. En outre, Monsieur A a appliqué à la lettre mes recommandations : il prend le temps de respirer, le soir, période de la journée où les ruminations sont majorées, jusqu'à se projeter dans ce jardin. Sa pratique, cumulé au traitement anxiolytique, aurait un impact considérable sur les montées anxieuses. La projection dans ce jardin participerait à l'élaboration d'un cadre sécurisant qui diminuerait fortement les ruminations et le stress en découlant. Monsieur A se livre davantage sur son parcours et notamment l'origine du traumatisme vécu. Il m'explique notamment avoir subi des actes de tortures de façon prolongée, « dans le noir, tout le temps », frôlant à certains moments la mort. Ces éléments tendent à revenir lorsqu'il est seul, quand certains bruits assourdissant se manifestent et surtout à la vue du noir. Monsieur A décrit ce jardin comme un lieu ressource et bien qu'il se saisisse de l'hypnose, il est encore envahi par les éléments traumatiques. Ce souvenir vient le hanter régulièrement et provoque chez lui une grande tristesse voire une peur qui peut le conduire jusqu'à la colère.

L'occasion me permet de lui expliquer à nouveau les conséquences d'un TSPT, toujours dans le but de « le rassurer » à savoir que ce trouble est passager. Je m'appuie d'ailleurs sur la première séance d'hypnose qui n'est « que le commencement » de l'accompagnement par l'hypnose que je lui proposerai. Monsieur A. souhaite poursuivre dans la lignée de la première séance, en gardant pour objectif de « continuer à penser plus positivement sur la journée ».

La séance se déroule avec une induction par le « rapprochement magnétique des mains ». L'intégralité du corps se relâche progressivement, nous partons alors dans ce jardin ressource. Monsieur l'explore dans les moindres détails, ma mémoire me permet de décrire chacune des composantes de ce dernier en accentuant tout particulièrement sur les limites de ce jardin. A la détente et au bien-être procuré par ce lieu, s'ajoute également l'aspect sécuritaire sur lequel j'accentue tout particulièrement. Au détour de ce jardin, je suggère à Monsieur de visualiser un pot, une armoire, une boîte, un lieu, un trou ou tout autre chose qui peut se fermer très solidement jusqu'à ne rien laisser échapper. A ma demande, Monsieur A signe de l'index pour me confirmer avoir bien trouvé ce contenant. Il prend le temps de le visualiser sous tout ses aspects : la texture, le système de fermeture, la couleur, le lieu où il se trouve (en retrait du jardin, ou à l'écart de façon à ne pas envahir ce lieu) et sa contenance. Je suggère alors à Monsieur A d'y placer quelques-uns de ses problèmes, les plus envahissants, « même si ce n'est qu'un ou deux problèmes ». Je remarque que ses expirations sont particulièrement profondes, j'ajoute alors qu'il est « possible de souffler les problèmes et d'inspirer le positif », élément sur lequel je vais accentuer. Il signe alors à ma demande lorsqu'il est parvenu à placer « une partie de ses problèmes ». Ce contenant se ferme alors solidement, ne laissant absolument rien échapper et est placé dans cet endroit « à l'écart de tout ». Monsieur A retourne dans ce jardin qui est toujours le même. Il fait un tour, se régénère. Il se couche alors dans un coin d'herbe vert. Il visualise alors un papillon sur un arbre du jardin, un papillon qui était autrefois une chenille frêle et dodue, se déplaçant lentement mais sûrement de façon à conserver ses forces. Cette chenille est amenée à changer pour devenir plus forte. Elle s'emmitoufle alors dans un cocon qu'elle bâtit elle-même, car c'est le moment parfait. Elle se charge de toute l'énergie de ce cocon, au chaud. Elle change progressivement, sans trop savoir ce qu'il se passe. Pour autant, la chenille est sereine car elle s'est construit son propre cocon. Ce cadre lui rappelle qu'elle possède toutes les ressources pour évoluer, se métamorphoser et profiter au final de sa vie. La chenille devient alors un papillon suffisamment fort pour laisser son cocon et en sortir. Ce papillon va alors se laisser guider au rythme du vent, de ses envies dans ce jardin. Il reste une chenille sur le fond, mais sa nouvelle apparence lui rappelle qu'il est possible de changer pour profiter encore plus des plaisirs de la vie. A la vue de ce papillon, j'indique à

Monsieur A qu'il est aussi dans ce cocon, dans ce jardin, et qu'il peut aussi continuer à « battre de ses propres ailes ». Il profite alors d'un dernier tour dans ce jardin durant cette séance. J'accompagne son retour dans l'ici et maintenant de la même façon que la séance précédente.

Monsieur A m'offre alors un témoignage : « J'ai construit un jardin vraiment magnifique. » J'en profite alors pour lui demander s'il s'y sent en sécurité, et il répondra positivement. J'identifie alors ce jardin comme « un lieu sûr ».

Monsieur A se rendra la semaine suivante à son audience où il devra témoigner des traumatismes qu'il a vécus. Face aux troubles qui se sont manifestés lorsque Monsieur A abordait une partie de son passé, mon collègue proposera au patient de tracer son témoignage dans un certificat médical en précisant que la verbalisation répétée du traumatisme vécu par ce dernier est néfaste actuellement pour Monsieur. L'idée étant qu'une partie puisse rester « dans ce contenant » sans que cela puisse lui porter préjudice dans sa demande d'asile. Mon collègue précisera d'ailleurs dans ce certificat que Monsieur A bénéficie de séances d'hypnose. Monsieur A approuve avec un grand soulagement l'idée de mon collègue.

4.1.3. La troisième séance

Une nouvelle visite a été réalisée auprès de Monsieur A, une semaine après le retour de son audience. Ce moment étant généralement un réactivateur du traumatisme vécu, je m'arrange pour rencontrer Monsieur A de façon à évaluer l'impact de cette audience. Monsieur est particulièrement souriant lors de cette visite, il expliquera avoir pu défendre sa situation sans avoir à parler « des choses graves ». Il semble serein. Son discours est très optimiste et porteur d'espoir. Il m'explique d'ailleurs avoir intensifié « les respirations » qui permettent de visualiser « le jardin ». J'en profite pour lui demander si, « les choses graves » sont restées « dans le pot ». Il me le confirme.

Je rencontre Monsieur A une dizaine de jours après la visite précédente. Il a diminué de moitié le traitement anxiolytique et hypnotique. Monsieur A explique vouloir trouver ses propres solutions, notamment grâce à « l'imagination » (il fait référence à l'hypnose).

Monsieur A verbalise des propos qui témoignent d'une grande résilience de sa part : il comprend que l'évènement qui a « tout changé dans sa vie » n'est pas de sa faute, il doit

d'ailleurs prendre le temps de se reconstruire psychiquement pour « voir son passé différemment ». Les moments de solitude lui rappellent très souvent qu'il a changé, il ne se reconnaît d'ailleurs pas toujours. Bien qu'une grande partie du stress lui soit retiré à ce jour, le traumatisme reste présent. Son corps et ses nombreuses cicatrices sont un souvenir constant du virage que sa vie a pris et sont des stimuli aux reviviscences les plus macabres. Il m'explique alors avoir laissé « une partie de son corps » au moment du traumatisme. Mon discours va dans le sens de la séance précédente : je valorise les changements que Monsieur A a mis en œuvre, son courage et ses capacités d'adaptation pour « être aujourd'hui là en face de moi et avoir un discours aussi positif ». En échangeant avec Monsieur A, je l'aide à déterminer un nouvel objectif des prochaines séances : être maître de son corps à nouveau. En effet, Monsieur A me livre un témoignage fort de ce qu'il a ressenti lors des multiples tortures dont il a été victime. La force qu'il est parvenu à puiser le pousse aujourd'hui à chasser tout ce qu'il a pu ressentir le jour du traumatisme et qui tend à revenir.

La séance se déroule comme les précédentes. La technique d'induction utilisée est celle des doigts aimantés. Je propose à Monsieur, de la même façon que les séances précédentes, d'explorer son lieu sûr dans les moindres détails. Se trouve dans ce jardin un arbre sur lequel figure un papillon. Il s'allonge à nouveau dans un coin d'herbe, dans son jardin et se laisse envahir progressivement par un rayon lumineux, chaud, fort, éblouissant, prodigué par le soleil. Ce rayon vient réchauffer l'extrémité de l'orteil et monte progressivement jusqu'à réchauffer tous les orteils. Cette lumière reconfortante vient alors gagner la voûte plantaire, car elle continue son chemin pour apporter tous ses bienfaits au corps de Monsieur A. Elle propage, par la même occasion tous ses bienfaits, sur chacune des parties qu'elle vient reconforter. Je suggère à Monsieur de focaliser son attention sur les différentes parties de son corps, en n'oubliant pas les plus petites ou même celles qui « ont toujours été là et qui assurent encore leur rôle ». Le corps de Monsieur A est alors « inondé de lumière » après avoir ressenti celle-ci remonter progressivement le long de son corps, comme si celui-ci se réveillait d'un long sommeil réparateur. La lumière, sa chaleur, vient alors lui rappeler que son corps est là, plus présent et vivant que jamais. Je suggère que l'exposition à la lumière sera là pour lui rappeler « qu'il est là », « plus présent et vivant que jamais ». Cette séance, prend fin de la même façon que la précédente. Le retour pour Monsieur A est plus fatigant que le précédent, je le laisserai donc se reposer sans poursuivre sur d'autres échanges.

4.2. Analyse de la quatrième séance (vidéo)

4.2.1. L'entretien préliminaire à la séance

Le choix de filmer cette séance a été aléatoire. La vidéo a été réalisée alors que je finalisais le cadre conceptuel et théorique.

Je fais le choix de garder un cadre intimiste et propice aux confidences : aussi, je ne filmerai pas l'entretien en amont de cette séance. Je m'entretiens avec Monsieur qui met en avant ce que soulève l'attente de la réponse de la demande d'asile. Il s'imagine un refus qu'il relativise mais qui est synonyme pour lui d'une remise en cause de ce qu'il a défendu lors de cette audience. Son discours est teinté d'anciens maux abordés lors des séances précédentes : l'impression d'avoir changé, sa situation actuelle est également parfois dégradante dans le sens où il doit « être un demandeur d'asile ». Il corrèle ce sentiment au traumatisme vécu « j'ai changé par leur faute ». Il est plus absent que d'habitude dans son discours. Je me base sur les éléments que je connais en termes de demande d'asile : qu'un refus n'est pas une remise en cause de son témoignage car le statut est souvent attribué selon les conditions géopolitiques du pays d'origine. Il est important que je lui rappelle que son histoire est vraie, sa souffrance également (ce que je ferai) et surtout de valoriser ses capacités. Je lui rappelle à nouveau qu'il « est là, devant moi » malgré tout ce qu'il a pu traverser. Il a mobilisé des ressources incroyables, pour vouloir continuer à avancer, et construire notamment ce jardin où il se sent en sécurité. Il rebondit d'ailleurs assez vite en me précisant « je continuerai à me battre quoiqu'il arrive ». Je lui propose une séance d'hypnose qui ira dans la continuité de la précédente et qui ira dans le sens de son témoignage. Les échanges par téléphone m'ont permis également d'anticiper cette séance.

4.2.2. L'induction

J'utiliserai un langage simple, aussi bien pour l'induction que le reste de la séance, le français n'étant pas la langue maternelle de Monsieur A.

Je lui propose une induction habituelle. Les séances sont d'ailleurs de plus en plus ritualisées puisqu'il ferme directement les yeux quand je lui propose de prendre la « position la plus confortable qui soit ». Cette étape permet d'introduire la séance et également à Monsieur de

trouver une position qui lui convient, aussi bien sur sa chaise que par rapport au praticien (il bougera d'ailleurs sa chaise).

Son esprit est invité à se focaliser sur les sons extérieurs et ma voix puis sur sa respiration de façon à renforcer la dissociation hypnotique. Son attention se focalise sur les sensations prodiguées par l'oxygène qui « se propage tout doucement » dans les membres supérieurs puis dans un second temps dans les membres inférieurs.

Sa respiration ayant ralenti (elle évolue d'ailleurs au rythme de mes suggestions), la ratification³⁵ permet de valider et valoriser ce que Monsieur A. déploie. Je suggère d'ailleurs que « plus il respire » et « plus cette détente s'installe ».

Une maladresse de ma part (oubli de couper la sonnerie de mon téléphone), montrera l'absence de réaction de Monsieur A. Ajoutée au relâchement musculaire au niveau de la nuque (balancement de la tête) et la profondeur de ses respirations, ces éléments seront synonymes d'un état dissociatif hypnotique.

4.2.3. La phase de travail

Le lieu sûr

J'invite Monsieur A. à se rendre tout d'abord dans ce jardin qu'il a bâti. Il s'agit d'un rendez-vous immanquable lors de nos séances et qui permet d'implanter un cadre de sécurité, particulièrement mis à mal chez Monsieur A. D'autre part, le lieu sûr est une preuve qui rappelle à Monsieur que ses ressources psychiques lui permettent de se projeter positivement. Son quotidien étant marqué par l'insécurité, aussi bien par les séquelles engendrées par le TSPT que par sa condition administrative, délimiter ce lieu permet d'en renforcer l'aspect sécuritaire. Monsieur A fera notamment le tour de ce jardin pour découvrir ses limites. Je préciserai d'ailleurs que cet endroit est « bien délimité ».

Au stade où je réalise cette vidéo, Monsieur A a pris le temps d'aménager à sa guise ce lieu et de l'agrémenter de nouveaux éléments au fur et à mesure. Le VAKOG a permis de se l'approprier et de mieux le bâtir : Monsieur me décrira ce jardin comme un endroit « merveilleux », « très vert », fleuri, ponctué par le bruit de la Nature, des oiseaux et des voix amicales. J'intègre dans la redécouverte de ce lieu, l'intégralité de ces éléments.

³⁵ La ratification consiste à porter l'attention sur des éléments qui se déroulent au fur et à mesure de l'état hypnotique. Le praticien va ensuite les mettre en évidence auprès du patient.

Ce jardin a un pouvoir d'autant plus important qu'il peut le retrouver hors des séances par l'ancrage réalisé. Je lui rappellerai d'ailleurs après les séances qu'il est « un grand jardinier », comme un rappel de ses capacités qu'il sous-estime. Il est une invitation « à ne rien faire » à part profiter et se détendre. Je renforce l'ancrage respiratoire déjà réalisé en corrélant la respiration, à la détente et à ce jardin (« plus vous respirez et plus vous vous détendez »).

Le signaling me permet d'avoir un retour positif de sa part : Monsieur me confirme, par un mouvement de l'index, qu'il parvient à se détendre dans ce lieu. Je valorise par la même occasion son geste (« très bien »).

Le papillon est abordé brièvement comme un rappel subtil de la 2^{ème} séance. J'invite également Monsieur à visualiser cet arbre qui est présent, depuis le début dans ce lieu sûr, pour en venir à la partie la plus conséquente de la phase de travail.

La métaphore d'Evelyne Josse : l'arbre de vie ³⁶

Je me tourne vers une histoire thérapeutique que Josse recommande, au sein de l'hypnose, auprès de victimes psychotraumatisées. Elles jouent le rôle d'une métaphore permettant une « *représentation mentale facilement appréhendable* » et ainsi « *de comprendre les différents aspects d'un autre concept* » ³⁷. Ces effets sont majorés en état hypnotique.

J'ai instinctivement corrélié l'histoire de « l'arbre de la vie » à ce jardin bâti par Monsieur A. Le message associé à cette métaphore est également en lien avec les attentes du patient. Je m'appuierai sur la trame de cette histoire que je lirai avant la séance pour la transposer dans cette séance.

Son attention est alors portée sur cet arbre, ce qui approfondi la dissociation (Monsieur n'étant plus focalisé sur les bienfaits que lui procure ce jardin). Il visualise l'arbre, en faisant appel à ses sens. L'histoire commence en automne puis en hiver, périodes à laquelle il semble le plus

³⁶ Josse E. L'arbre de la vie. In : Josse E. Le pouvoir des histoires thérapeutiques. 1ère ed. Paris : La Méridienne, Desclée de Brouwer ; 2007. p. : 125-130

³⁷ Josse E. Les opérateurs des histoires thérapeutiques. In : Josse E. Le pouvoir des histoires thérapeutiques. 1ère ed. Paris : La Méridienne, Desclée de Brouwer ; 2007. p. 27

touché par les conditions climatiques. Malgré son apparence première, qui peut laisser croire qu'il subit les conditions climatiques, l'arbre s'est parfaitement adapté aux conditions extérieures : en effet, il se repose. Les saisons s'enchaînent et pour autant, l'arbre maintient la même position, il change mais qu'en apparence. Ces changements ne sont pas anodins et sont prédictifs d'un futur proche encore meilleur.

Le rythme est plutôt lent, ponctué de temps de silence. En outre, la narration, qui est toujours positive, s'adapte à la respiration de Monsieur.

Au sein du TSPT, qui entraîne ce sentiment de dépersonnalisation et une auto-dépréciation, cette histoire permettra de valoriser Monsieur, peut-être même de le rassurer et lui transmettre certains messages :

- La métaphore de l'arbre qui se dénude au fil des saisons, mais qui reste le même « sous son écorce », me permet de lui suggérer que lui-même n'a pas changé complètement malgré son état de santé actuel. Le vocabulaire utilisé s'articule autour de la verticalité (« vertical », « droit », « debout », « se dresse », « haut et fier »...); il permet de valoriser cet arbre et ainsi indirectement Monsieur A. Si cet arbre a, après tout, changé, c'est finalement pour devenir meilleur.
- Il possède des ressources inestimables. Cet arbre, auquel il peut s'identifier, a la faculté de créer, se reproduire, et de s'adapter en dépit de l'adversité climatique. L'histoire fait un focus sur la graine et suggère qu'avec « juste un peu d'eau » et de « patience », un grand arbre peut en jaillir avec le temps.

Cette histoire se termine par une nouvelle suggestion qui permet de faire le lien entre cette métaphore et l'Homme (« Cet arbre est une belle image qui peut s'appliquer à l'Homme ») et, d'inviter Monsieur A. à avoir le même regard sur sa propre histoire (il témoignera d'ailleurs de cela après la séance).

Le retour dans le lieu sûr

Le retour dans le lieu sûr de Monsieur A s'opère en prenant le même chemin que ce dernier a pris récemment. Son regard s'étant focalisé sur cet arbre, je lui rappelle qu'il est dans ce jardin et qu'il se trouve actuellement en pleine observation de ce dernier. Je renforce au même moment les suggestions post-hypnotiques en lui précisant « qu'il est possible de renforcer cet

arbre », de s'imprégner de sa sagesse en le visualisant et de retourner dans ce jardin de sécurité par la respiration (ancrage déjà réalisé sur les séances précédentes).

Les aléas (bruits d'un voisin de chambre) me poussent à adapter la description du lieu sûr, que Monsieur A s'apprête à quitter. En effet, je suggère des bruits supplémentaires dans ce jardin que je tente de mettre en lien avec les bruits extérieurs. Ce dernier tour, dans ce lieu sûr, nous permet de continuer à construire et d'améliorer ce cadre de sécurité, qui comporte désormais un arbre chargé d'un message fort.

4.2.4. La réassociation

Cette étape de transition permet de retourner dans « l'ici est maintenant » et de sortir de l'état hypnotique. Le ton est plus directif et le rythme plus rapide de façon à ne pas laisser Monsieur A en état de transe partiel ce qui pourrait lui causer des désagréments sur la fin de journée (fatigue entre autres et ainsi un sentiment négatif à l'encontre de la séance).

Alors que je l'invitais durant l'induction à se focaliser sur la détente qui s'opérait sur l'ensemble de son corps, je ferais l'inverse pour la réassociation. Je l'invite à bouger les jambes, les membres supérieurs et surtout à reprendre une grande respiration. Nous reprenons le même chemin qui a permis sa transe mais de façon plus dynamique afin de favoriser son retour.

4.2.5. L'entretien après à la séance

Monsieur A gardera les yeux fermés et m'offrira un témoignage de son ressenti de cette séance. En ce sens, la réassociation semble se poursuivre voire même aboutir au même moment. Les séances étant parfois sources de fatigue, je privilégie habituellement l'entretien en amont plutôt que les échanges post-hypnotiques, afin de laisser le patient profiter pleinement et seul du moment qu'il vient de vivre. Dans cette situation, Monsieur A rebondira sur les compliments que je lui adresse. Cette valorisation reste importante aussi bien avant, pendant ou après la séance. Je n'insisterai pas volontairement et ne questionnerai donc pas d'avantage ce dernier, bien qu'il me laisse l'opportunité d'évaluer la séance réalisée par son témoignage.

5. Discussion théorico-clinique

5.1. Confrontation des résultats

Ce mémoire s'interroge sur l'intérêt de l'hypnose auprès d'un patient migrant sujet à un TSPT, lorsque les séances sont proposées par un praticien infirmier. En effet, j'ai tout d'abord mis en évidence le fait que l'hypnose reste une thérapie complémentaire à ce qui pouvait être proposé. Sa pratique ne doit pas se substituer à l'accompagnement initial qui est tout simplement indispensable dans la résolution du traumatisme du patient. Pour autant, la situation de Monsieur de A met en exergue le fait que l'hypnose va accélérer cette démarche, par son approche qui reste accessible et profondément optimiste.

5.1.1. L'hypnose comme prémices aux soins psychique

L'organisation actuelle de mon poste s'appuie sur « l'aller vers » qui est un prétexte permettant une première rencontre avec le patient. L'auto-exclusion, la précarité et/ou le TSPT entraînent un isolement social accompagné parfois d'une apathie profonde qui retranche le patient des soins. Monsieur A, comme la quasi-totalité des patients d'Elipses, est d'ailleurs orienté par des tiers. Les difficultés pour rentrer en contact avec le patient sont le reflet des carences que le soignant va constater chez le patient : l'absence du cadre sécurisant, de lien social, le manque d'accès aux soins... La résolution du traumatisme nécessitera tout d'abord de redéfinir et de rebâtir certaines bases avant d'attaquer les maux qui ont « effracté l'appareil psychique ».

En ce sens, la situation de Monsieur A témoigne de l'intérêt de l'hypnose qu'un infirmier habilité peut pratiquer. Les séances mises en œuvre ont permis de reconstruire ce cadre sécurisant qui va finalement participer au renforcement de son « enveloppe psychique » et lui permettre d'aborder certains aspects de son traumatisme (en complément de l'accompagnement initial proposé qui peut-être aussi bien-être psychologique que médical). Cette enveloppe psychique représente une « *fonction de contenance, qui consiste à contenir et à transformer* » et a principe que « *ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie*

*émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue »*³⁸

L'hypnose va alors renforcer et potentiellement « induire » les soins psychiques futurs. Je pense notamment au « contenant » que nous avons été amenés à mettre en place avec Monsieur A, ainsi que l'implantation du lieu sûr qui permettent de sécuriser la parole de ce dernier. Un patient me verbalisera d'ailleurs que cette base représente une « béquille » pour lui, qui lui permet d'avancer et de mieux investir les soins.

5.1.2. L'hypnose pour communiquer auprès de l'imprononçable

Dans cette approche, la verbalisation du traumatisme n'est jamais encouragée dans le détail elle se révèle être trop propice aux reviviscences et aux ruminations futures. Dans la situation de Monsieur A et d'autres patients confrontés à un psychotraumatisme, quelques éléments sont portés à ma connaissance de la propre initiative du patient et me permettent de mieux comprendre la sévérité du traumatisme vécu. En ce sens, je m'appuierai systématiquement sur le lieu sûr et/ou ressource ainsi que sur le « contenant » afin d'apaiser ce qui peut être extériorisé. Monsieur A ne souhaite d'ailleurs pas verbaliser d'avantage autour du traumatisme, ce qui est compréhensible mais qui pourra être investigué avec une de mes collègues psychologues et le psychiatre, s'il le souhaite à l'avenir.

Le langage peut malheureusement représenter un frein chez le patient migrant, je devrai d'ailleurs m'appuyer sur le vocabulaire de Monsieur A pour lui présenter l'hypnose (il utilise le terme « d'imagination »). Si certains messages peuvent très facilement être reformulés dans un français approximatif, il s'avère périlleux de comprendre et soulager par la parole ce qui touche à l'intime lorsque la communication est biaisée. Je profite d'ailleurs des moments d'interprétariat téléphoniques, lorsqu'ils sont possibles, pour définir le TSPT auprès des patients quand bien même je serai amené à vulgariser mes explications face aux différentes représentations culturelles du trouble anxieux.

Comme abordé dans la première partie de ce mémoire, l'hypnose entraîne, entre-autres, l'activation simultanée des circuits de l'attention et de la détente, une baisse du jugement et de la censure ainsi qu'une réponse presque automatique du patient à la suggestion. L'état

³⁸ Ciccone A. Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. Cahier de psychologie clinique 2001 ; n° 17 : 81-82

hypnotique facilite ainsi grandement l'assimilation du message, porté par le praticien vers le patient migrant. Ce message peut alors être transmis indirectement par un langage imagé et simplifié. Je pense notamment à l'histoire thérapeutique de Josse utilisée auprès de Monsieur A dans la vidéo de ce mémoire. En outre, la métaphore peut être comparée à un langage universel qui peut être porteur d'un message puissant, communément admis, par le recours d'un vocabulaire des plus simples. Monsieur A témoignera d'ailleurs qu'il est possible de « faire comme l'arbre » et d'affronter les « saisons » tout en restant la même personne. Ce feed-back me prouve que le message véhiculé par cette métaphore a été reçu et assimilé par ce dernier. D'autre part, le TSPT peut entraîner de vives reviviscences du traumatisme par la verbalisation de ce dernier. Visualiser une scène d'horreur ou de stupeur peut ramener en un flash dans la scène traumatique. La métaphore permet d'atténuer ce traumatisme pour mieux le contourner et aborder ses solutions. Dans la séance vidéo de Monsieur A, une partie du traumatisme sera comparé aux conditions climatiques pour, finalement, mettre en évidence les ressources de cet arbre indispensable à son développement. L'hypnose permet ainsi d'aborder la solution d'un problème sans se concentrer sur l'aspect néfaste, à savoir le traumatisme dans le TSPT.

5.1.3. L'hypnose pour soutenir et valoriser

L'entretien centré sur la personne aura pour but de soutenir ou valoriser le patient. Il est d'autant plus indispensable dans cette clinique que l'estime de soi du patient a été particulièrement mise à mal. Ces entretiens s'inscrivent dans le domaine de compétences de l'infirmier.

Le TSPT entraîne une forte auto-dépréciation qui peut se cumuler à de la culpabilité et à un syndrome anxio-dépressif parfois sévère. L'hypnose ericksonienne s'appuie sur la mobilisation des ressources du patient et permettent de mettre en avant toutes ses capacités. Encourager, plébisciter et complimenter les efforts déployés par le patient représentent déjà une valorisation de ce dernier et favorisent son adhésion aux soins.

A travers l'état hypnotique, durant lequel le patient sera particulièrement suggestible, le praticien devra alors valoriser et soutenir en permanence la démarche du patient et tout ce qu'il mettra en œuvre. Cette valorisation peut à la fois prendre la forme d'un feed-back positif (par le biais de compliments ou même de la ratification) que d'une métaphore porteuse d'un message. Cette mise en avant du patient et des moyens extraordinaires qu'il déploie permet à la fois de renforcer la motivation de ce dernier, en lui montrant que ses efforts sont efficaces,

mais aussi de renforcer son estime de soi dans un contexte où le traumatisme est venu toucher à l'intimité. La valorisation s'inscrira dans une démarche positive et sera une ligne de conduite dans les séances d'hypnose.

5.1.4. L'hypnose afin de focaliser l'attention autrement

La situation de Monsieur A met en avant des ruminations traumatiques omniprésentes qui vont envahir la sphère psychique de ce dernier. La fatigue induite par les troubles du sommeil, l'altération thymique et les reviviscences vont alors favoriser ces ruminations, pour au final s'inscrire dans un cercle vicieux où chacun de ces troubles vont se potentialiser mutuellement. Les ruminations traumatiques peuvent être assimilées à la métaphore que Coué réalise avec « l'imagination » : elle est « *un torrent qui entraîne fatalement le malheureux qui s'y est laissé tombé, malgré sa volonté de gagner la rive.* »³⁹

La médiation thérapeutique et certaines activités, que le patient peut réaliser seul, permettent au patient de focaliser l'attention ailleurs que sur les éléments du passé qui tendent à resurgir lorsque ce dernier est seul et plus en proie à ses pensées (notamment la nuit où les angoisses sont majorées). Je préconise d'ailleurs des activités simples, aux patients d'Elipses souffrant d'un TSPT, en passant par des coloriages de mandalas, du tricot ou même des exercices de cohérence cardiaque qui focaliseront l'attention sur d'autres éléments que ceux du passé. Il sera alors possible de constater que le patient possède déjà de nombreuses ressources exploitables.

L'hypnose permet également de détourner cette focalisation vers des éléments positifs sélectionnés par le praticien (en fonction des attentes du patient) et ce, dès l'induction, chassant ainsi les ruminations et tout le stress associé. Outre le fait que la séance d'hypnose a pour vocation première d'occuper cette fonction, Monsieur A parviendra également à répondre aux suggestions post-hypnotiques jusqu'à se projeter seul dans son jardin, ce qui aura pour intérêt de diminuer les ruminations traumatiques par la focalisation de ce lieu sûr.

³⁹ Coué E. Suggestion et autosuggestion. In : Coué E. La méthode Coué : la maîtrise de soi-même par l'autosuggestion consciente. 1^{ère} éd. Paris : Culture commune ; 2013. p. 15

5.2. Questionnement éthique suscité

Si l'intérêt de l'hypnose semble évident à ce stade du mémoire, la spécificité de cette clinique soulève certaines questions d'ordre éthique quant au recours de cette thérapie à un certain stade du TSPT. En outre, le patient peut être dans l'incapacité de prendre la meilleure décision à un stade de sa vie où le TSPT aura satellisé toute la sphère psychique.

Est-il possible de proposer l'hypnose au patient sujet à une profonde apathie ?

Cette absence de volonté et de motivation est produite par le TSPT qui induit la perturbation de l'humeur et de la cognition, associée à un ralentissement psycho-moteur. Les patients que je rencontre sur Elipses sont parfois sujets à un parcours migratoire excessivement long. Le TSPT peut alors se chroniciser et exercer tous ses effets néfastes auprès des patients jusqu'à entraîner cette perte d'espoir qu'ils peuvent verbaliser. Les premiers entretiens que je réalise au sein d'Elipses s'intéressent en dernier lieu au « devenir » des patients, c'est-à-dire là où ils se projettent dans les années qui suivent. La réponse, très souvent négative, met en avant cette apathie qui s'est renforcée au fil des années avant de placer le sujet en situation d'auto-exclusion. Cette perte de volonté aura un impact sur le projet de soins du patient et la construction d'un objectif thérapeutique avec ce dernier, je pense notamment aux séances d'hypnose. En effet, sa pratique s'articule autour d'un objectif que le patient va verbaliser avec plus ou moins l'aide du praticien, objectif par ailleurs positif qui lui permet de s'inscrire dans une démarche thérapeutique.

Le manque d'éléments, qui devraient témoigner des attentes et de l'accord du patient pour pratiquer l'hypnose correspondant à ses attentes, est une contrainte qui oblige le praticien à s'interroger en permanence sur les souhaits de la personne accompagnée. Dans les cas extrêmes, cette absence de recul peut placer le soignant en situation de domination jusqu'à penser à la place du patient qui reste pour autant le chef d'orchestre de sa prise en soin. Cette remise en question m'est apparu dans la situation de Monsieur A où ce dernier semblait tellement envahi par les éléments anxieux que les objectifs des séances ont été déterminés avec ce dernier. Après tout, l'hypnose reste une pratique occidentale et le fait qu'elle soit proposée aux patients migrants, ne relèverait-elle pas avant tout la volonté du praticien ?

Pour autant, l'hypnose peut favoriser la motivation, comme je l'ai mis en avant précédemment. Cette première rencontre avec le patient permet à la fois de rentrer en contact avec le patient mais aussi de lui témoigner ma disponibilité et de mon respect chaleureux envers sa situation qui m'a sensibilisé. En ce sens, le soignant devient un peu le garant du bien-être psychique du patient, qui va, pourquoi pas, l'aider à soutenir ce fardeau. Le lien bâti avec le patient permet de connaître plus particulièrement sa situation et donc d'avoir un premier regard sur ses attentes que ce dernier pourra confirmer ou modifier.

Cette relation d'aide, que le soignant va construire avec le patient, sera au cœur des séances d'hypnose puisqu'elles permettront d'engager progressivement les échanges avant de mieux orienter les séances selon les attentes du patient qui émergeront progressivement. Le travail de lien servira à rebâtir des bases essentielles et ainsi de l'inscrire dans une démarche de soin.

C'est en ce sens que l'hypnose médicale et clinique prend tout son intérêt : elle permet de proposer cette thérapie en prenant en compte l'état de santé actuel du patient. Le praticien, qui l'applique dans son domaine d'expertise, sera en capacité d'adapter son approche en fonction des contraintes imposées par une pathologie.

La relation entre le praticien et le soignant est d'ailleurs ce qui différencie l'hypnose d'une transe quelconque. Dans le TSPT, la relation à l'autre a particulièrement été mise à mal, entraînant une profonde méfiance des pairs.

En ce sens, lors des séances, est-ce que la relation en hypnose serait une des clés de la résolution du traumatisme du patient ?

Les séances d'hypnose réalisées durant les journées de formation et dans le cadre professionnel, aussi bien en tant que praticien que « patient fictif », m'ont révélé cette réelle connexion qui s'établit entre les deux protagonistes. Ce moment de transe partagé est, par ailleurs, très souvent imperturbable malgré les aléas pouvant se présenter.

Au fil des séances, le praticien sera amené à entrer davantage dans l'intimité du patient et partager ces multiples moments avec lui : je pense notamment à la situation de Monsieur A qui n'hésitera pas à me faire des retours des séances lors des entretiens formels. En définissant ce cadre de sécurité ensemble, la relation qui se bâtira avec le praticien pourra panser la méfiance de l'autre fortement ancrée, bien que les pairs n'occupent pas la même place qu'un soignant.

Ce lien, qui sera amenée à se renforcer au fur et à mesure, renvoie au concept d'alliance thérapeutique. Selon Bioy, ce terme ne serait que « *l'un des avatars permettant de nommer, et donc d'analyser et de comprendre ce que l'on nomme autrement, « relation »*. Il précise que cette « *alliance agit comme un médiateur du changement ; elle commencerait à se former lorsque le patient se sent compris par le praticien* » ⁴⁰ .

Au sein du TSPT, ce cadre de sécurité, indispensable à chacun des stades de l'accompagnement du patient, semble alors se bâtir en adéquation avec le renforcement de l'alliance thérapeutique. Je soulève alors l'hypothèse, qui mériterait un autre travail de recherche : la relation en hypnose permet le renforcement de l'enveloppe psychique du patient et participerait, indirectement, à la résolution du traumatisme.

⁴⁰ Bioy A. Relations et alliances. In : Bioy, A, Servillat T. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. 1^{ère} éd. Malakoff : Dunod ; 2017. p. 69.

Conclusion

L'hypnose ericksonienne qu'il nous est demandé de pratiquer prend tout son sens dans le TSPT. Son approche étant positive, elle vient reconstruire avec le patient ce qui est brisé et confère au praticien le rôle d'aidant.

Les champs de compétences de l'infirmier ne permettant pas de traiter directement le traumatisme (et renvoie principalement à la psychothérapie ou à l'EMDR), l'hypnose pratiquée par ce professionnel va alors le contourner et agir indirectement. En effet, elle permet de reconstruire ce cadre de sécurité et peut faciliter la verbalisation du traumatisme vers le professionnel habilité à le résoudre. La construction de ce cadre sécurisant est, à mon sens, essentielle, dans la clinique de l'exil. Elle est la première étape qui sera le moteur à la fois de l'accompagnement au sens large et lors des séances d'hypnose.

Dans cette clinique si particulière où le lien à l'autre a été mis à mal, l'hypnose propose au patient de développer et d'exploiter ses ressources par l'intermédiaire du praticien. Outre ce qui sera proposé dans la phase de travail, la relation en hypnose peut déjà panser indirectement une partie du traumatisme du patient.

La pratique de l'hypnose peut-être universelle bien qu'elle demande de s'adapter aux patients migrants notamment par le langage verbal et métaphoré à certains moments. Je rappelle ainsi que les séances sont singulières et personnalisées. Dans la situation de Monsieur A, l'hypnose est utilisée pour transmettre un message, rassurer, valoriser, exploiter ses ressources... Même si elle peut s'avérer insuffisante à un certain moment de la prise en soin, la simple mobilisation de ces éléments sont d'ores et déjà thérapeutiques pour ce patient.

En ce sens, la résolution du traumatisme s'opère dans une prise en soin holistique où l'hypnose, pratiquée par un infirmier, peut occuper une place déterminante.

Au stade où je réalise ce mémoire, l'hypnose représente pour moi un idéal de soin et une philosophie d'accompagnement que j'aimerais intégrer au maximum dans mon quotidien de soignant. Elle me permet aujourd'hui de me rappeler en permanence que le patient dispose de ressources incroyables et qu'il est indispensable de les mobiliser. C'est en ce sens que je souhaite améliorer ma pratique future : en occupant le rôle « d'aidant thérapeutique » et en

diversifiant les techniques hypnotiques afin de mettre en avant les ressources enfouies des patients.

Néanmoins, je suis actuellement dans l'incapacité de déterminer si l'hypnose à travers ce DIU m'aura plus apporté à titre personnel qu'aux patients que j'accompagne.

Dans le poste que j'occupe actuellement, où je suis amené à être le témoin de la souffrance quotidienne que vit le patient migrant, je retiens tout particulièrement cette citation d'Erickson, qui représente pour moi une ligne de conduite en tant que soignant et praticien en hypnose :

« La vie apporte son lot de douleurs, votre responsabilité est de créer de la joie »

Bibliographie

Sites internet (par ordre de consultation)

OMS : <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2017/03/what-is-a-migrant-how-definitions-affect-access-to-health-care>

(consulté le 22/01/2022)

OIM : <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration> (consulté le 22/01/2022)

Légifrance : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496778

(consulté le 13-02-2022)

COMEDE : <https://www.comede.org/rapport-dactivite/> (consulté le 13-02-2022)

HCSP : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Ouvrage?clef=15> (consulté le 14-2-2022)

CIM – 11 : [https://icd.who.int/browse11/l-](https://icd.who.int/browse11/l-m/fr/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f292381213)

[m/fr/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f292381213](https://icd.who.int/browse11/l-m/fr/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f292381213) (consulté le 5/4/2022)

www.editions-tissot.fr/guide/definition/stress (consulté le 22-4-2022)

Atousanté : la santé au travail : <https://www.atousante.com/actualites/psychotraumatisme-reconnaitre/> (consulté le 22-4-2022)

Périodiques

Baudet T, Saglio Yatzimirsky MC. Migrants et santé : soigner les blessures invisibles et indicibles. La santé en action 2021 ; n°455 : 15-16

Bioy A, Collinet M. La dissociation est-elle nécessairement pathologique ?. La revue de l'hypnose et de la santé 2022. 18 : 76 – 79

Bouchaud O. Prise en charge des migrants en situation de précarité. Laennec 2007 ; n°4 Tome 55 : 50-52

Ciccione A. Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. Cahier de psychologie clinique 2001 ; n° 17 : 81-82

Crocq L. Stress, trauma et syndrome psychotraumatique. SOINS PSYCHIATRIE 1997, n°188 : 12.

Furtos J. Les enjeux cliniques de la précarité (2011). Le carnet psy 2011 ; n°156 : 30-32

Furtos J. Le syndrome d'auto-exclusion. Rhizom 2002 ; 9 : p. 15.

Sebille A, Prunier C. Pathologies psychiatriques : les demandes de titres de séjour pour soins. adsp 2020 ; n°111 : 48-52

Livres

Bioy A. Relations et alliances. In : Bioy, A, Servillat T. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. 1^{ère} éd. Malakoff : Dunod ; 2017. p. 69.

Bioy A. L'hypnose. 2^e ed. Paris : Que sais-je ? ; 2020. p. 26 – 30, 33

Coué E. Suggestion et autosuggestion. In : Coué, E. La méthode Coué : la maîtrise de soi-même par l'autosuggestion consciente. 1^{ère} éd. Paris : Culture commune ; 2013. p. 15

Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. 1^{ère} ed. Paris : Odile Jacob ; 1999. p. 69-80, 314-316

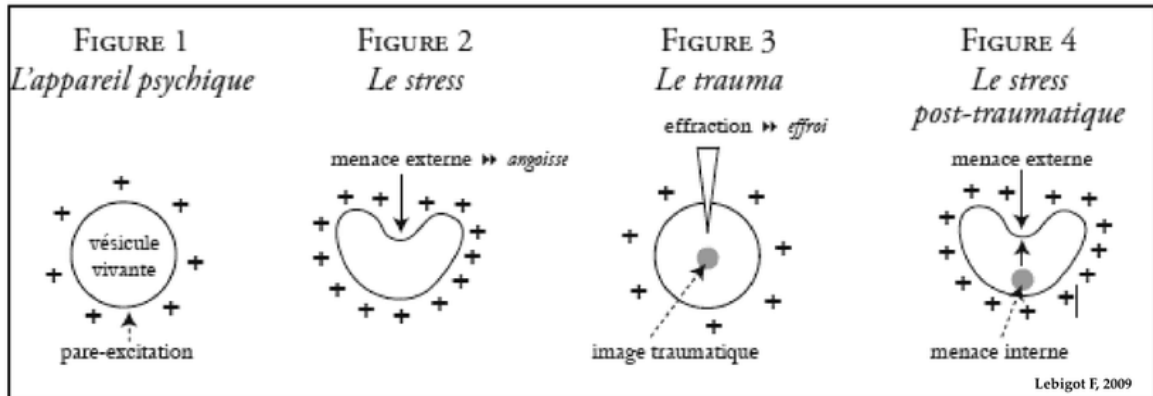
Josse E. L'arbre de la vie. In : Josse E. Le pouvoir des histoires thérapeutiques. 1^{ère} ed. Paris : La Méridienne, Desclée de Brouwer ; 2007. p. 27, 125-130

Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques. 1^{ère} éd. Paris : Dunod ; 2005 : p. 9-14, 37 et 45
Mini DSM-5, critères diagnostiques (American Psychitric Association) : p. 133-136

Intervention durant le DIU Hypnose Médicale et Clinique

Intervention de Mainguet A. DIU Hypnose Médicale et Clinique, Module 1, Histoire de l'Hypnose (8/11/2022)

Annexe



Résumé

Ce mémoire s'intéresse à l'intérêt de l'hypnose dans la résolution du traumatisme chez le patient migrant, lorsqu'elle est proposée par un praticien infirmier.

Le patient migrant en psychiatrie est majoritairement associé au trouble de stress post-traumatique en plus du syndrome d'auto-exclusion constaté. Cette pathologie tend à ancrer les personnes qui en sont sujettes dans des ruminations traumatiques quotidiennes, des reviviscences voire une altération de l'humeur à type de dépression.

En complémentarité des thérapies existantes, le praticien infirmier pourra proposer l'hypnose afin de reconstruire le cadre sécuritaire autour du patient migrant. En ce sens, elle représente une thérapie qui vise à valoriser les ressources du patient afin de participer à la résolution du traumatisme chez ce dernier.

Mots clés : hypnose, trouble de stress post-traumatique, patient migrant, traumatisme