



L'union fait la force! La remise en marche collective

Apport(s) complémentaire(s) et limites de l'hypnose dans la prise en charge pluridisciplinaire et en collaboration d'un patient addict

Mémoire réalisé sous la direction d'Emile Notté

Université de Bourgogne Franche-Comté

Diplôme universitaire d'Hypnothérapie

Année 2017-2018

Présenté par Emmanuel DESSAUNY

Je remercie ...

- Tout d'abord Valérie, ma compagne, pour son soutien, son amour, sa patience incroyable et pour m'avoir donné à de très nombreuses reprises le temps de travailler mon mémoire.
- Ma fille, Eva, dont l'insouciance et la spontanéité m'ont rappelé à quel point on pouvait se compliquer la vie parfois.
- Ma famille, belle famille, toujours présentes quand il le faut.
- Mon directeur de mémoire, Emile Notté, pour sa gentillesse, sa disponibilité et tout ce qu'il a pu m'apporter de manière bienveillante et passionnée.
- Antoine Bioy, pour m'avoir permis de découvrir, in extremis, cette nouvelle façon de penser et de concevoir les choses.
- Tous les intervenants, qui m'ont prouvés que nous sommes tous différents et c'est tant mieux!
- Mes collègues, curieux, très soutenant, qui m'ont permis de réaliser mon travail hypnotique dans de très bonnes conditions, malgré ces dernières semaines qui n'ont peut-être pas dû être drôles pour eux...
- Maïté, mon binôme de choc, dont la capacité de conduite n'a d'égale que sa grande écoute et son immense gentillesse.
- Etienne, pour son aide précieuse. Je sais qu'il n'aime pas les remerciements, raison de plus pour le faire!
- Sophie, pour son rire inimitable qui est le plus puissant des antidépresseurs, et Laurence, ma voisine de table, toujours « in » et prête à partager son savoir.
- L'ensemble de la promotion, composée de personnes hautes en couleur. Surtout ne blanchissez pas!

LA LOI DE PARCIMONIE

« Enfin, je ne saurais trop vous encourager à utiliser la méthode et le style de suggestion le plus parcimonieux pour accomplir le travail thérapeutique. De nos jours, bien des hypnotistes semblent s'efforcer de rendre l'hypnose bien plus compliquée et difficile que nécessaire. Cette attitude découle souvent d'une interprétation erronée du travail d'Erickson. Des métaphores ésotériques à imbrications multiples et les techniques de confusion sont inutiles avec la plupart des patients, sont souvent perçues comme condescendantes, et satisfont en général les besoins du thérapeute beaucoup plus que ceux du patient. »

Hammond D. Corydon, Métaphores et suggestions hypnotiques Paris: Le germe; 2004,

PLAN

I) IN(TRO)DUCTION.....	4
II) REVUE THEORIQUES DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE.....	6
1. ADDICTION: (De l'Etat de Conscience Modifiée...)	6
a. Origine et Définitions	6
b. Caractéristiques	9
c. Exemples d'abords des mécanismes addictifs.....	10
2. HYPNOSE ET ADDICTION: (...à la transe hypnotique...)	16
a. Origine et Définitions	16
b. Caractéristiques	17
c. Hypnose dans les addictions.....	18
III) ETUDE CLINIQUE.....	19
1. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	19
a. Présentation du cadre de la rencontre	19
b. Présentation des patients et de leur(s) demande(s).....	22
2. RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES.....	24
IV) DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE.....	41
1. SITUATIONS DE Monsieur P. ET DE Mme C.	41
2. CHANGEMENT DE POSTURE ET DE CADRE	47
3. LIMITES DE L'HYPNOSE DANS MA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	48
4. QUESTIONNEMENTS ETHIQUES	49
5. L'HYPNOSE AU PRESENT ET AU FUTUR.....	51
V) CONCLUSION.....	52
BIBLIOGRAPHIE	55
RESUME.....	57

D) IN(TRO)DUCTION

« Êtes-vous bien installé? » Cette simple phrase, dont je n'accordais peut-être pas une aussi grande importance avant cette formation, a maintenant pris plus de place dans ma vision du *prendre soin* de l'autre; elle pourrait d'ailleurs en partie résumer ma façon de concevoir le soin.

Diplômé de l'école d'infirmiers depuis 2009, ma formation a été empreinte de nombreux concepts de soins, scientifiques, médicaux, sociaux et relationnels. Les 14 besoins fondamentaux de V. Henderson, parus en 1947 ont ainsi, et entre autres, baigné mes trois années d'études infirmières et m'ont permis d'aborder les patients avec une approche plus globale (1). La richesse et la variété des stages proposés à l'époque m'ont également permis d'avoir une vue d'ensemble de ce métier si varié et évolutif.

Une fois le diplôme obtenu, j'ai décidé non pas de postuler sur un poste spécifique mais plutôt de m'inscrire dans plusieurs agences d'intérimaires spécialisées dans la santé, avec cependant en tête de m'installer plus tard dans un service technique, plutôt axé sur le somatique. Si cela peut avoir de prime abord comme inconvénient d'avoir une multitude de missions différentes, dans divers domaines et spécialités, allant d'une seule journée à plusieurs semaines, et donc devoir sans cesse se familiariser avec des équipes, des protocoles, des modes de fonctionnement différents, cela a pour moi également été aidant. Cela a été autant de découvertes, de manières de penser, parfois totalement opposées à la mienne, d'inspirations, de belles rencontres, aussi bien du point de vue des professionnels de santé, que des patients. J'ai touché du doigt le monde de la gériatrie, de la psychiatrie, des services de médecine, de chirurgie, de rééducation, du libéral infirmier, entre autres. La danse, avec une résidente d'une maison de retraite souffrant d'une insuffisance cardiaque et ancienne danseuse professionnelle, restera gravée dans ma mémoire. En espérant que ces souvenirs-là ne soient pas trop *remaniés* (2)... Tout comme cette profession a pu gagner ses jalons de manière empirique (comme dans beaucoup d'autres domaines certainement), sous couvert de convictions religieuses, de guerres mais surtout de réflexions humanistes (3), je me suis forgé peu à peu différentes compétences, certes variées mais peut-être pas aussi poussées que dans un domaine précis.

3) http://ancien.serpsy.org/histoire/infirmier_histoire.html#_ftnref2 (12/05/2018)

Une mission a fait qu'un jour j'ai découvert celui de l'addictologie. Si j'avais déjà pu croiser des patients addicts par le passé, leur pathologie prédominante n'était pas pour autant le motif de leur hospitalisation. La prise en charge était totalement différente (de mon point de vue) de ce que j'ai déjà pu expérimenter. Exit les équipes composées uniquement d'infirmiers et de médecins. Les soins ici passaient par la parole, le geste, l'expression dans toutes ses formes, avec une équipe hétéroclite comprenant des éducateurs spécialisés, une art-thérapeute, un animateur sportif, entre autres (ceci sera détaillé plus tard). Après quelques mois de missions ici et ailleurs et la réalisation de projets personnels parmi lesquels un petit tour par l'Australie et par Bali, les pays du « temps du rêve » (4), des « divinités et des Barong Dances » (5), j'ai décidé de poser mes valises dans ce service en signant un CDI.

La prise en compte de la personne dans sa globalité, que l'on peut aussi retrouver dans d'autres domaines, comme la psychiatrie, et la qualité du contact relationnel, me semblaient nouvelles et à la fois familières, ayant été bercé durant mes études par C. Rogers (1961) et son « approche centrée sur la personne, ou A.C.P. »(6), ainsi que par V. Henderson. Il s'agissait cette fois de converser avec l'autre, d'humain à humain, et non plus de soignant à patient. J'ai pu trouver ici quelque chose qui me manquait jusqu'à alors: prendre le temps. Le temps de connaître la personne, son histoire, son vécu, ses ressentis et émotions. Cela me faisait cruellement défaut dans d'autres services, et particulièrement dans les services de chirurgie où le manque de temps, associé à une problématique de santé aiguë, faisaient que le patient sortait de soin sans même avoir eu le temps de le connaître autrement qu'à travers sa PTH (Prothèse Totale de Hanche) ou bien son Hallux Valgus, entre autre exemple...

J'ai par la suite été formé en addictologie via une formation proposée par l'I.R.E.M.A. (Institut de Recherche et d'Enseignement des Maladies Addictives).

Celle-ci fut complétée deux ans plus tard par une formation aux entretiens motivationnels dispensée par Jean-François Croissant. Cela m'a ouvert une nouvelle voie, un nouveau point de vue, un regard neuf, où le patient se retrouve placé ici dans une autre dynamique: celle du changement, où il se remet en mouvement, afin de redevenir acteur de sa vie. C'est également durant cette formation que j'ai pris conscience que les patients pouvaient parler d'eux de manière détournée, indirecte, en employant, entre autre, des métaphores, afin d'aborder leurs échecs, leurs doutes, la perte de l'estime d'eux-mêmes et leur culpabilité.

Cela m'a permis, même si cela fut compliqué pour moi, dans ce type de pathologie chronique, à rechute, de faire mon deuil de vouloir à tout prix soigner le patient. Je prenais conscience de la demande réelle de ce dernier: celle de l'abstinence ou de la réduction des risques, celle de pouvoir retrouver une vie « maîtrisée ».

Je peux aisément tracer un parallèle entre ces expériences et cette discipline nouvelle pour moi qu'est l'hypnose, où une partie du travail va consister à proposer, suggérer, semer quelque chose et voir ce que donnera la récolte. Il s'agira alors parfois de rectifier le tir et de proposer de nouvelles choses en fonction des résultats obtenus.

J'avais déjà vu, lu, entendu beaucoup de choses concernant la pratique de l'hypnose, son image et son aura si particulière. Au détour d'une conversation avec l'une de mes collègues, médecin, j'ai appris qu'elle était en formation et suivait le cursus d'Hypnothérapie. La manière dont elle a pu me décrire ce qu'elle vivait actuellement, de certains « chamboulements dans sa pratique », était en totale adéquation avec ce que j'avais pu apprendre et découvrir récemment. Elle a su me contaminer par son enthousiasme quant à cette nouvelle pratique, et tout ce que celle-ci a pu lui apporter en termes de « nouvelles perspectives » (selon ses dires). Je voulais définitivement ouvrir la porte et franchir ce seuil hypnotique.

C'est fort de ces représentations positives, que j'ai pu me questionner sur ce que pourrait apporter l'hypnose avec un regard infirmier dans mon contexte institutionnel. Que pourrait-elle apporter ?

Je tenterai dans ce travail, depuis un abord théorique dans un premier temps puis clinique ensuite, d'apporter des réponses (très certainement de manière non exhaustive) à ces questions. Nul doute que cela en induira de nouvelles.

II) REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE

1. ADDICTION: (De l'Etat de Conscience Modifiée...)

a. Origine et Définitions

Le champ de l'addiction est un vaste domaine, composé de pathologies intercurrentes, psychiatriques et/ou somatiques (complications telles que le diabète) et étroitement intriquées. Ainsi, il n'est pas rare de croiser des patients souffrant de pathologies associées (comme les neuropathies, les atteintes digestives ou les syndromes dépressifs) découlant de leurs addictions de base.

Étymologiquement parlant, il est intéressant de noter la racine latine de ce mot, « ad-dicere » signifiant littéralement « Dire à », en référence aux esclaves de l'époque romaine qui ne

possédaient pas de noms et appartenait à leur maître. G. Feldmann (2011), lui, adopte la racine « addictus », mettant ainsi en avant la notion de « dette » et de « contrainte par le corps » dans l'addiction (7). Au fur et à mesure des âges et des époques, cette connotation de soumission est restée ancrée, troquant au passage l'origine humaine de l'addiction à celle d'un objet la plupart du temps. La notion de maladie addictive tend à atténuer les pratiques sociales d'exclusion et de stigmatisation, fondées sur des considérations psychologiques communes et difficilement dépassables. Les addictions sont considérées comme des habitudes envahissantes, des passions dévorantes, des vécus parfois universellement partagés. Alimentation, sexualité, alcool, drogue, jeu et autres, aujourd'hui considérés comme potentiellement addictogènes, ont de tout temps été au centre de pratiques culturelles visant à en réguler l'usage. Cette notion de régulation a également traversé les âges et est conjointement liée à l'évolution de la civilisation humaine. Remèdes ou poisons, les drogues furent d'abord usitées à des fins de recherche d'extase, de sortie de soi, d'approcher ou d'interpeller des puissances supérieures, voire de toucher du doigt au sacré (8).

Le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux en français) relate trois types de comportements de consommation, de manière générique et indifférenciée à un produit : l'usage, l'abus et la dépendance. Toutefois, le terme « addiction » n'apparaît pas en tant que tel dans ce référentiel ni dans celui du CIM 10 (Classification Internationale des Maladies), où il apparaît respectivement sous la forme de « Dépendance à une substance » et « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives ». Cette dernière classification est, par ailleurs, plus axée sur les statistiques et met en exergue la prévalence de la population touchée par chaque pathologie addictive dans le monde (22,5% des adultes dans le monde seraient dépendants du tabac, selon L. Gowing (2015) (9)). Le milieu médical parle plus volontiers de dépendances, particulièrement dans la culture anglo-saxonne où la notion « d'addiction » s'est répandue dans le quotidien (on parle de « Shopping-addicts » par exemple).

Si les mots « addiction » et « dépendance » sont souvent usités de manière indifférenciée, le neurologue C. Lüscher (2017), lui, fait une distinction (10) . Pour lui, ce sont « deux phénomènes différents qui n'affectent pas le cerveau de la même manière. On parle de dépendance lorsqu'on souffre du syndrome de sevrage à l'arrêt brusque de la consommation, alors que l'addiction est la consommation excessive d'une substance, en dépit des conséquences néfastes. Par exemple, les opiacés entraînent à la fois dépendance et addiction,

10) <https://www.planetesante.ch/Magazine/Addictions/Drogues/L-addiction-et-la-dependance-sont-deux-choses-differentes> (17/05/2018)

alors que la cocaïne ne provoque que l'addiction. En outre, la dépendance touche tout le monde: si on vous prescrit de la morphine comme traitement antidouleur, au bout d'une semaine, vous deviendrez dépendant. Mais vous ne deviendrez pas pour autant accro ensuite».

A. Goodman (11), psychiatre américain, publie en 1990 dans le *British Journal of Addictions* un article définissant l'addiction de la manière suivante : « C'est un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par (1) l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et (2) la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (défaut de gestion) ». Si, à l'époque de la parution de l'article, les addictions n'étaient pas reconnues universellement et classifiées comme pathologies à part entière, sa définition et les critères suivants associés à cette notion d'addiction, qui se voulaient exhaustifs, font aujourd'hui références en la matière:

- A) Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement
- B) Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement
- C) Plaisir ou soulagement pendant sa durée
- D) Sensation de perte de contrôle pendant le comportement
- E) Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants:
 1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation
 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine
 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement
 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre
 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales
 6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement
 7. Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique
 8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité
 9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement

- F) Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue

b. Caractéristiques

Il transparait deux choses à travers cette définition:

- Un aspect chronique, à vie, de la pathologie addictive, sur lequel G.A. Marlatt (1985) s'appuie pour proposer son « modèle de prévention de la rechute » (12), où il explique l'importance des sentiments, aussi bien positifs que négatifs dans ces mécanismes, ainsi que la notion « d'effet de violation de l'abstinence » .
- Un aspect multi-dimensionnel de l'addiction, qui peut toucher aussi bien à la sphère médicale (génétique, biologique, neurologique et les diverses atteintes séquellaires somatiques et ou/ psychiatriques), mais aussi sociale, culturelle, affective, familiale et professionnelle.

Autrement dit, la consommation de produits, ou plus largement la conduite addictive, aurait une ou plusieurs fonctions:

- Elle tendrait ainsi à diminuer une compulsion (le fait de diminuer son niveau de tension interne) et de répondre à une pulsion (recherche immédiate et à tout prix de plaisir).
- Apaiser un syndrome anxio-dépressif associé, soit induit par l'addiction ou au contraire qui en est une des sources.
- Rechercher un effet anxiolytique, hypnotique, antalgique et/ou amnésiant.
- Réguler les émotions positives comme négatives et la thymie (humeur).
- (Re)découvrir le lien social, renforçant l'identification et l'appartenance à un groupe.
- L'aspect dissociatif procuré par la conduite addictive peut agir comme un mécanisme de défense vis-à-vis d'une atteinte de l'intégrité physique ou psychique, notamment d'ordre traumatique, survenue dans l'histoire de vie du patient et lui permet de *maintenir la tête hors de l'eau*.

Nous pouvons également remarquer une ambivalence chez les patients addicts entre ce qu'ils *disent* (« je veux arrêter de consommer ») et ce qu'ils *font* (« je continue de consommer »), ainsi qu'une focalisation du patient: sa vie tourne autour du produit ou de la conduite addictive et il va donc mettre en place des stratagèmes afin de satisfaire le besoin de s'adonner à cette pratique.

c. Exemples d'abords des mécanismes addictifs

Il n'est pas évident de réduire et découper le domaine des addictions en diverses théories tranchées, tant les approches des auteurs pour un même sujet peuvent être très différentes. C'est pourquoi j'aborderai dans ce sous-chapitre ces approches sous la dénomination « d'abords » plutôt que de théories.

Abord psychanalytique

Les premières interactions d'un bébé avec son environnement s'effectuent au travers de la relation à sa mère qui lui apporte tout ce qui lui est nécessaire pour vivre. C'est de cette interaction primaire que naîtront peu à peu un « moi objectal » et la « conscience de soi ». L'intériorisation de ce lien et celle de l'absence temporaire de la mère sont fondamentales dans le passage du besoin au désir de l'enfant: le manque de la présence maternelle entraînera la constitution du désir, par l'attente de son retour. Chez le nourrisson, pour qui la permanence du lien n'a pas été intériorisée, toute absence de l'autre (et dans le cas présent de sa mère) est vécue comme une perte voire un abandon.

L'absence, et par conséquent le désir de l'autre, devient alors insupportable et devient besoin, puis manque. Cela rentre en conflit avec la composante sociale, interactive avec ses semblables et son environnement, inhérentes au genre humain. Le sujet va alors transposer le plaisir et le désir de l'autre dans un objet ou un comportement qu'il croira alors illusoirement contrôlable et duquel il ne se sentira pas dépendant. Un schéma similaire à celui de sa relation à sa mère lorsqu'elle s'absentait va alors se mettre en place: la situation d'être en manque et de dépendre du produit ou du comportement addictif, devient alors intolérable: le plaisir disparaît (13). Pour J. Bergeret (1984) « l'addiction contient, de fait, une dimension de souffrance narcissique exacerbée » (14).

Selon d'autres auteurs, l'origine infantile de l'addiction ne peut pas totalement expliquer la variété des conduites addictives. D'autres origines, telles que des traumatismes (chocs émotionnels très violents) précoces, sexuels ou non, des deuils ou bien des carences peuvent être autant de portes d'entrée potentielles dans l'addiction. Tout se passe alors comme si les patients avaient été « privés de sécurité et/ou d'amour, comme s'ils avaient eu le sentiment que le monde devenait injuste: ils garderont un sentiment d'abandon et de besoin de réparation, voire de revanche manifesté dans des conduites transgressives pour faire payer la société. L'impulsivité ou le caractère antisocial, dans ce contexte, ont en quelque sorte une fonction d'automédication » (15)

Abord neurobiologique

Le processus addictif résulterait de changements multiples et durables de différents circuits neuronaux situés principalement dans le cortex préfrontal (siège de différentes fonctions cognitives dites supérieures comme le langage, la mémoire de travail, le raisonnement, ainsi que de l'inhibition) et dans le système limbique (structure plus profonde, plus archaïque, qui joue un rôle important dans le comportement et les diverses émotions comme la peur, l'agressivité et le plaisir). Ces changements affectent le contrôle volontaire. Quelle que soit la motivation initiale de la consommation d'un produit addictif ou d'un comportement (addiction sans produit), son caractère répété entraîne des modifications cérébrales fonctionnelles et structurelles de plusieurs circuits neuronaux, dont ceux de la récompense, de la gestion des émotions, de l'humeur et des apprentissages, pouvant ainsi affecter la motivation, les habitudes comportementales et les capacités d'adaptation.

Ces modifications entraînent ainsi un changement de but des consommations des produits: si au départ ces derniers sont consommés par plaisir, ils le sont ensuite principalement par besoin, mettant en jeu des routines comportementales (liées à des conditionnements, des automatisations et à une perte de la flexibilité cognitive).

Le premier et un des principaux circuits neuronaux identifiés est celui de la récompense, aussi appelé circuit dopaminergique mésocorticolimbique. Ce dernier est impliqué dans la motivation et les apprentissages, y compris dans les fonctions les plus basiques nécessaires à la survie de l'individu (manger) et de l'espèce (se reproduire). La dopamine, initialement considérée comme le neurotransmetteur du plaisir, serait plutôt un signal d'apprentissage associé à l'obtention d'une récompense dans une situation précise. Elle augmente ainsi fortement lors d'une récompense inattendue (par exemple lors d'une occasion exceptionnelle), permettant de signaler au cerveau l'importance d'un événement (16). En revanche, l'absence d'augmentation lors d'une réponse attendue (ou événement habituel) éviterait un sur-apprentissage des comportements, permettant de les modifier si nécessaire.

Les produits addictifs détournent ce système physiologique au détriment des stimuli naturels (même si ces derniers peuvent également être à l'origine d'addictions, comme les compulsions alimentaires). Le niveau de dopamine augmente à chaque prise de produit, à des niveaux plus élevés qu'avec des stimuli naturels: cela en fait un puissant signal d'apprentissage pour le sujet, qui va donc finir par préférer le produit à ces signaux naturels (17); cela crée une dissociation, un décalage entre l'écologie du patient (relations que la personne entretient avec son environnement) et ses processus internes (comme la motivation).

Cependant, et afin de pallier ses déséquilibres et dérèglements répétés de transmission dopaminergique, l'organisme va alors mettre en place des mécanismes de contre-régulations qui visent à rétablir l'équilibre initial, c'est-à-dire l'homéostasie (qui peut se définir comme un ensemble de mécanismes permettant la régulation et l'harmonie de processus physiologiques; par exemple la glycémie, qui tend vers une certaine stabilité chez une personne dite en « bonne santé »).

Ces contre-régulations (ou processus d'opposition aux drogues) conduisent à un nouvel équilibre, appelé l'allostasie, et qui correspond aux « efforts d'adaptation constants déployés par l'organisme pour maintenir sa stabilité en présence de stressseurs » (18). Entre autres processus, ces récepteurs dopaminergiques deviennent alors inaccessibles et ne peuvent plus capter le neurotransmetteur associé (phénomène d'internalisation de ces récepteurs); cela est associé au découplage de la signalisation: les signaux d'apprentissage diminuent, y compris ceux sans rapport avec les addictions. Ce qui signifie que le cerveau perd alors sa capacité à signaler l'apprentissage d'un comportement intéressant pour sa survie, et par conséquent sa motivation à le reproduire. En essayant de retrouver les sensations initiales, ou juste d'éviter des symptômes de sous-dosage (état dysphorique avec anxiété, irritabilité, tristesse en autre), chaque nouvelle consommation accentue les adaptations (dont la diminution du nombre de récepteurs disponibles) et incite à augmenter les doses, ou à associer d'autres produits pour compenser un effet psychoactif insuffisant. Cette adaptation traduit le phénomène de tolérance, ou d'accoutumance. Entre deux consommations, il existe un état d'hypodopaminergie, ce qui augmente l'impulsivité et la recherche d'une récompense immédiate (19).

Selon cette approche, le développement d'une addiction est associé à un apprentissage pathologique avec un glissement vers des comportements automatisés et compulsifs (20), tels que le craving (appétence à consommer le produit).

Il existerait trois grands types de craving:

- Le craving de récompense: il impliquerait les systèmes dopaminergiques et opioïdiques et compenserait un déficit hédonique (remplacement d'une émotion par une sensation).
- Le craving de soulagement: le produit est ici utilisé sur un mode *auto-thérapeutique*, à visée anxiolytique, hypnotique (exemple des consommations de fin d'après-midi ou de soir), ou pour atténuer des symptômes de sevrage. Il impliquerait les systèmes GABAergiques (dits

inhibiteurs), glutamatergiques (dits excitateurs), et CRFergique (Corticotropin-Releasing Factor).

– Le craving obsédant: résulte de pensées obsédantes envahissantes, et mettrait en jeu les systèmes sérotoninergiques.

Il a également été constaté, dans les processus addictifs, une augmentation de l'activité de base de l'amygdale (appartenant au système limbique), siège de la peur et de l'anxiété (fonction de système d'alerte) et également impliqué dans la détection du plaisir.

Abord cognitivo-comportemental

Les modèles cognitivo-comportementaux des addictions reposent sur les principes de la psychologie de l'apprentissage, issus de l'expérimentation animale et humaine: conditionnement classique et opérant, théorie de l'apprentissage social et cognitif (21).

- Le conditionnement classique (ou conditionnement « de réponse ») est le résultat de l'association répétée d'un stimulus neutre (conditionnel) avec un autre, dit inconditionnel, dont la résultante serait une réponse à ce stimulus inconditionnel, et de sorte que le stimulus conditionnel finisse par évoquer à lui seul cette réponse. Prenons par exemple le cas d'une personne faisant son apprentissage de l'alcoolisation dans un bar. Le stimulus conditionnel (ici la boisson alcoolisée) est associé au stimulus inconditionnel (dans ce cas l'interaction sociale) jusqu'à ce que la boisson alcoolisée induise, à elle seule, ce que le stimulus inconditionnel provoquait lors des premières expositions: satisfaction et convivialité présentement.

- Le conditionnement opérant est un type d'apprentissage linéaire et réalisé comme une conséquence de l'action. Selon E.L. Thorndike (1913), le sujet a tendance à répéter les actions qui lui paraissent avoir des conséquences bénéfiques, ou alors qui lui permettent d'échapper à certaines situations désagréables. Dans ce type de conditionnement, on parle de renforcement positif si les conséquences de la réponse augmentent la probabilité de renouveler cette réponse. De la nourriture, de l'argent, ou le plaisir lié à des substances psychoactives sont des exemples de renforcements positifs. Le renforcement est dit négatif s'il entraîne une réponse conduisant à la suppression d'un événement déplaisant: par exemple une personne alcoolique consomme de l'alcool pour supprimer les tremblements du sevrage. Cela est cependant à différencier d'une punition (22).

La théorie de l'apprentissage social intègre les conditionnements classique et opérant, et permet à une personne d'apprendre par imitation (encore appelé « modelage ») le

comportement d'une autre personne. Cependant, des facteurs personnels sont également impliqués. A. Bandura (1977) nous dit que si par exemple le sujet n'aime pas la personne jouant le rôle de modèle, il est peu probable qu'il développe un comportement d'imitation (23). Divers facteurs tels que l'âge, le sexe, le statut et la ressemblance à soi-même influencent le choix du modèle. Cet apprentissage social serait par exemple impliqué dans le développement des conduites addictives à l'adolescence (exemple du tabac).

La cognition se définit comme le processus d'obtention, d'organisation, et d'utilisation de la connaissance intellectuelle. Les processus cognitifs sont considérés comme des facteurs importants dans la modulation et dans la réponse du sujet aux événements environnementaux. L'apprentissage cognitif est centré, lui, sur le rôle de la compréhension : compréhension du lien de cause à effet, entre l'action et sa conséquence. Ici, A.T. Beck (1993) parlera « d'attentes positives » (suite à la prise d'une substance) et « négatives » (consécutives au sevrage et à l'abstinence) (24).

Aujourd'hui, on distingue « trois vagues » dans les thérapies cognitivo-comportementales. La première est dite « comportementale », la seconde « cognitive » et la troisième « émotionnelle ».

Cette dernière vague, également la plus récente, forme les thérapies dites « brèves », et fondées sur la « pleine conscience » (ou Mindfulness). La pleine conscience est définie par S. Skanavi (2011) comme « un état de conscience qui résulte d'une attention intentionnelle et dénuée de jugement de valeur à l'expérience du moment présent. Elle consiste à s'ouvrir à la totalité de son expérience des phénomènes internes et externes, sans résistance, rejet ou élaboration excessive qui puisse entraîner des distorsions cognitives. Elle comprend donc deux composantes :

- L'attention portée au moment présent, qui implique de se détourner des processus cognitifs limitatifs et dysfonctionnels gouvernés par le phénomène du « pilote automatique ».
- L'acceptation, l'équanimité, la curiosité envers son expérience, quelle que soit sa valence, positive ou négative » (25).

Abord du modèle de recherche de sensations

M. Zuckerman (1994) développe ce modèle dans les années 60 et tend à faire de la recherche de sensations un trait de caractère lié à des différences biologiques entre les individus (26). Ce

chercheur a conçu une échelle de recherche de sensations (adaptée en France par D. Widlöcher) sous forme de questionnaire qui se décompose en quatre « dimensions »:

- recherche de danger et d'aventure
- recherche de nouveauté
- désinhibition
- susceptibilité à l'ennui

Cette échelle a principalement pour but de mettre en évidence l'opposition entre deux grandes catégories d'individus:

- les *grands chercheurs de sensation* (High Sensation Seekers ou HS). Ces derniers sont surreprésentés chez les individus jeunes, de sexe masculin, impulsifs, alcooliques, toxicomanes ou autres addicts, les délinquants et certains suicidants.
- les individus qui *évitent ces sensations* (Low Sensation Seekers ou LS).

H. Eysenck (1981), lui, préfère parler « d'introversion » et « d'extraversion »(27).

Pour J.L. Pedinielli (1997) la recherche de sensations est un « élément important de l'usage des drogues illicites chez les jeunes, des toxicomanies ou du jeu pathologique, mais qu'au contraire, certaines addictions comme des toxicomanies d'automédication ou les troubles des conduites alimentaires (qui touchent d'ailleurs plus les femmes) pourraient être interprétées comme un évitement de la nouveauté ou de l'aventure » (28).

Toujours selon Zuckerman, la recherche de sensation serait liée au besoin de maintenir ou d'atteindre un certain niveau d'activité cérébrale. Les différences entre individus seraient à mettre au crédit d'une différence de sensibilité dans le « seuil d'activation ». En effet, afin d'obtenir une sensation équivalente, certains individus doivent avoir recours à d'avantage de stimulations que les autres. La recherche de sensations devient donc *recherche de stimulations*. L'origine de ces différences serait d'ordre neurophysiologique: les variations hormonales (entraînant une réactivité variable au stress) auxquelles s'ajoutent des variations des taux d'endorphines et de monamines (particulièrement du système dopaminergique). Les variantes individuelles dans la recherche de stimulations diverses seraient, toujours selon lui, ancrées de manière beaucoup plus profonde, au sein du patrimoine génétique (26).

Quel(s) lien(s) peut-on faire avec ce nouvel outil qu'est l'hypnose?

2. *HYPNOSE ET ADDICTION*: (...à la transe hypnotique...)

a. Origine et Définitions

Dans l'histoire de l'Humanité, de nombreuses et très anciennes pratiques voire thérapies de « guérison » ont pu être observées et/ou retranscrites au sein de plusieurs civilisations. Les thérapeutes d'alors répondaient à diverses dénominations, telles que prêtres vaudou, guérisseurs, sorciers ou bien encore Chamans. Différentes traces (manuscrits) témoignent de techniques de « soins » faisant appel aux états de consciences modifiés (Chamans) et à l'utilisation des mots dans une optique de « guérison », comme au temps de l'ancienne Egypte (29).

De manière plus contemporaine et d'une approche plus occidentale, Franz-Anton Mesmer (1734-1815) est l'un des personnages les plus cités lorsqu'il s'agit d'attribuer le rôle de précurseur dans l'utilisation de la transe à visée thérapeutique. Selon lui, certaines maladies étaient dues au dérèglement d'un fluide, contenu dans tout être vivant: il fallait donc le rééquilibrer, lors de séances parfois spectaculaires et étayées par des suggestions verbales directes et autoritaires. Mesmer forma de nombreux élèves dont le colonel Armand Marie Jacques de Chastenet (1751- 1825), marquis de Puységur. Il développa sa propre méthode, dite de « somnambulisme » pendant laquelle le « médecin intérieur » apparaissait, symbolisant les ressources présentes en chaque être humain et que le patient pouvait exploiter. Ce dernier gardait malgré tout la possibilité de communiquer de manière verbale et non verbale. Plus tard, l'abbé Faria (1755-1819) parlera, lui, de « sommeil lucide » (qui sera appelé plus tardivement l'induction hypnotique).

Le chirurgien James Braid (1795-1860), puis Ambroise-Auguste Liébault (1823-1904) et Hippolyte Bernheim (1840-1919), firent respectivement rentrer l'hypnose dans le champ médical et psychothérapeutique (30). Ces derniers cherchèrent à donner plus d'importance à la notion de suggestions et montrèrent le caractère quotidien des états de conscience modifiés. Pierre Janet (1859-1947) puis Sigmund Freud (1856-1939), démontrèrent l'importance du lien, de la relation praticien-patient (transfert) et mirent en avant l'idée « d'inconscient ». En 1889, P. Janet souligna « l'importance des idées fixes subconscientes et le rôle qu'elles jouent dans certaines maladies physiques aussi bien que dans les maladies morales » (31). Il pointa également le principe dissociatif de l'hypnose.

C'est durant le XXI^{ème} siècle, que Milton H. Erickson (1901-1980) renouvelle totalement l'approche de l'hypnose: sa pratique ne repose plus sur l'injonction mais sur un état de « rêverie », produit par le sujet lui-même, s'il le veut bien. Le thérapeute devient un guide, non autoritaire, permettant au patient d'aller puiser dans ses propres ressources afin d'effectuer une transformation intérieure positive.

M. Erickson (1976) définit l'hypnose comme « un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages » (32). Il s'appuie sur différents mécanismes comme les suggestions indirectes, les métaphores et la ratification, entre autre, afin de permettre au patient de modifier son rapport au monde.

b. Caractéristiques

Selon A. Bioy (2017), on retrouverait dans le phénomène hypnotique, les composantes suivantes (33):

- La transe: Georges Lapassade (1990) décrit cette dernière comme un « état second, ayant à la fois une dimension psychologique et une dimension sociale (34) ». Elle a une place centrale dans le processus hypnotique.
- La suggestion (hypnotique): directe ou indirecte. Elle est le fait d'amener une idée, pendant le processus de transe. Toutes les personnes n'y sont pas sensibles de la même manière.
- Le contexte : le lieu, l'espace-temps créé entre la rencontre de deux âmes, de deux identités, celle du praticien et celle du patient. Le patient arrive avec pour demande une action de la part du praticien. Cela n'est pas sans rappeler la règle des « trois unités » du théâtre classique.
- La relation : entre le patient et le praticien. Elle est basée sur une confiance réciproque et une symétrie dans la relation, apportée par la position « basse » du praticien, qui se met alors au même niveau que le patient.
- L'imaginaire : celui du patient, son monde intérieur, mais également celui du praticien qui tend à se développer et à s'affiner au fur et à mesure de ses expériences et de ses rencontres. L'imaginaire du praticien devient alors son meilleur « outil ».

- Le corporel : l'hypnose a souvent comme porte d'entrée le monde sensoriel, en lien avec les cinq sens, permettant de vivre des expériences perçues comme réelles, de « regarder à l'intérieur de soi ». La dimension corporelle du praticien entre également dans l'équation de par sa « présence » à l'autre et par un phénomène de « synchronisation ».

c. Hypnose dans les addictions

Certaines caractéristiques peuvent apparaître communément dans les processus hypnotiques et addictifs. Selon les différents abords théoriques des addictions, nous pourrions retrouver plusieurs intérêts à cette approche hypnotique comme thérapie complémentaire de ce type de pathologies.

Les « grands chercheurs de sensations », par exemple, pourraient en tirer un autre type d'expérience « psychosensorielle » naturelle et sans utiliser de produits ou sans avoir recours à leur conduite addictive habituelle.

Les individus addicts possèdent tous leur propre histoire parsemée de traumatismes, de deuils ou d'abandons et ont développé certaines compétences propres. Nous pouvons retrouver, consécutivement et de manière réactionnelle à un traumatisme, des mécanismes inconscients de type dissociatif parfois semblables à ceux que l'on peut trouver dans l'expérience hypnotique. Ceux-ci peuvent avoir pour but de se protéger d'un effondrement psychique, de mettre à distance un « trop plein d'émotions » et de ressentir tellement forts qu'ils peuvent atteindre l'intégrité psychique de l'individu. Cela peut également passer par l'utilisation de produits psychoactifs comme remparts psychiques, afin de maintenir de manière plus artificielle cette dissociation.

Il pourrait ainsi ici être intéressant de travailler en hypnose, que ce soit en marge ou lors d'un travail psychologique, sur un mécanisme permettant la réunification de la psyché et de s'attarder sur ce qui a pu un jour « se briser », en passant par exemple par le travail sur les émotions. Il s'agirait de sortir des consommations et de travailler sur ce dont le patient se protège, en s'appuyant sur les symptômes associés à cet état (ruminations anxio-dépressives, sentiment de vide, troubles du sommeil) afin de prévenir les risques de rechute. Ainsi, à l'instar de la conduite addictive, la dissociation provoquée cette fois par le processus hypnotique pourrait permettre de travailler sur l'origine du traumatisme par exemple (régression temporaire en âge, amnésie, anesthésie hypnotique) en prenant les précautions nécessaires (par exemple une transe hypnotique accompagnée d'un travail dissociatif sur un

écran de cinéma etc...) (35).

L'hypnose peut également avoir un intérêt dans la régulation « somatopsychique » afin de se reconnecter avec ses ressentis, ses sens et d'être à l'écoute de son corps trop longtemps négligé. Il n'est, en effet, pas rare de voir des patients algiques, souvent meurtris par des années de consommations. Le corps peut donc être une autre porte d'entrée afin là encore de permettre au patient de se reconnecter, se retrouver lui-même.

La prise de conscience par le patient de ses propres ressources et de la façon de les utiliser peut lui permettre de recréer par lui-même ce lien manquant comme si, d'une certaine manière, la « partie saine du patient aidait sa partie addict ». Nous pourrions analogiquement comparer cela au principe biologique d'osmose. Après un désordre, un dérèglement plus ou moins grand, tout semble finir par s'équilibrer, tendre vers une harmonie parfois plus ou moins bancale.

L'hypnose peut donc avoir des effets bénéfiques à plusieurs niveaux et son potentiel grandit en la présence de prises en charge complémentaires.

C'est dans cet élan dynamique dans la prise en charge aussi bien collective qu'individuelle des patients, qu'émerge naturellement ce questionnement : Comment potentialiser la prise en charge pluridisciplinaire et en collaboration des patients reçus dans notre structure? Et comment gérer d'une manière complémentaire l'angoisse, l'anxiété, la douleur, la faible estime de soi, la gestion des émotions, autant de symptômes inhérents à la pathologie addictive?

III) ETUDE CLINIQUE

1. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

a. Présentation du cadre de la rencontre

La structure dans laquelle j'exerce se situe en Bourgogne et est spécialisée dans la prise en charge des addictions, et plus préférentiellement de l'alcool, du tabac et des drogues (cannabis, héroïne, cocaïne). Elle se situe à une étape clé de la prise en charge des patients dans leur(s) pathologie(s), entre le début de leurs soins, c'est à dire le sevrage et le début de leur travail à long terme, c'est à dire le retour à domicile où le but est qu'ils puissent acquérir un maximum d'autonomie et surtout d'outils permettant de prévenir une éventuelle rechute.

Chaque année, la structure accueille, pour un séjour de plusieurs semaines, en moyenne 200 patients âgés de 18 à 75 ans qui présentent une pathologie addictive généralement associée à des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques. Le projet thérapeutique propose aux patients d'expérimenter l'arrêt et l'abstinence aux produits (hors tabac, sauf s'ils le souhaitent également) le temps de leurs soins dans notre structure.

La structure n'est pas sectorisée; les patients peuvent venir de toute la France.

L'équipe soignante est pluridisciplinaire et se compose d'éducateurs spécialisés, d'une art-thérapeute, d'une maîtresse de maison (ASH), d'infirmiers, de psychologues, d'un neuropsychologue, d'un médecin généraliste, d'un psychiatre addictologue, d'un chef de service, d'un éducateur sportif et d'une secrétaire médicale.

Le séjour des patients reçus dans notre structure est rythmé par un planning d'activités tournant majoritairement autour des thématiques suivantes, dans une optique de *remise en mouvement du corps et de l'esprit*:

- L'élaboration (groupes de paroles, suivis psychologiques et individuels)
- L'expression et la création (théâtre, dessin, chant, journal, art-thérapie ou modelage)
- Les techniques de détente (relaxation, sophrologie)
- L'information et la prévention (ateliers d'information sur l'alcool, le tabac, l'alimentation, la douleur, les médicaments etc...)
- La remise en forme

Ces ateliers sont autant d'outils dont les patients peuvent se saisir ou non afin de mieux aborder leur retour à domicile et de tendre à leur propre autonomie. Dans le champ du médico-social dans lequel nous évoluons, cette dernière notion pourrait se définir comme « un processus continu ». « Il implique l'existence d'une relation entre une personne, un groupe ou une organisation, détentrice de pouvoir ou de connaissance des règles et une personne ou un groupe dénué de ce pouvoir ou de cette connaissance mais qui souhaite se les approprier. En cela, rendre autonome, renvoie à une forme de tutorat, une forme d'initiation, d'acculturation. Deux dimensions complémentaires apparaissent. D'une part, l'autonomie comme processus d'intégration de règles et d'autre part, un processus d'attribution de pouvoir » (36). Le parallèle est pour moi évident avec l'utilisation de l'hypnose dans notre type de structure. Nous proposons, suggérons, le patient prendra alors ce qu'il a à prendre afin de nourrir sa recherche d'autonomie.

L'équipe travaille également avec des partenaires sociaux et/ou médicaux extérieurs (comme les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie ou C.S.A.P.A., les Centres Médico-Psychologiques ou C.M.P., les médecins traitants, services hospitaliers etc...), de manière à pouvoir coordonner la prise en charge des patients et d'assurer la continuité des soins après leur sortie de notre structure.

Tous les patients sont évalués médicalement à leur entrée par le médecin généraliste et par le psychiatre addictologue. De plus, un premier rendez-vous auprès d'un psychologue est systématiquement proposé à tous les patients. Cependant, au terme de ce premier rendez-vous, ils peuvent d'un commun accord avec le praticien décider de mettre en place, ou non, un suivi psychologique plus ou moins rapproché durant leur séjour. L'ensemble des patients est également évalué d'un point de vue cognitif par le neuropsychologue du service. Cela permet aux patients présentant des troubles importants à ce niveau-ci d'être pris en charge de manière adaptée par ce collègue, complémentirement et en parallèle du programme thérapeutique.

Pour ma part, et comme je le disais dans mon introduction, je travaille comme infirmier dans cette structure. Je rencontre donc les patients au quotidien de manière plus ou moins formelle, en individuel (dispensation des médicaments, suivi individuel au même titre que mes collègues éducateurs), mais aussi en groupe, lorsque je suis amené à animer certaines activités comme les ateliers informatifs ou les séances de relaxation.

Au sein de l'équipe, nous sommes amenés à échanger de façon plus ou moins formelle sur les patients de manière pluri-quotidienne (et généralement autour d'un café), mais aussi hebdomadairement lors d'une réunion d'équipe où tous les corps de métier sont présents.

J'ai commencé à mettre en pratique ce que j'ai pu apprendre et observer lors des différentes sessions de la formation d'Hypnothérapie après le troisième module. Si cela peut paraître tardif, et malgré les différents encouragements des divers intervenants de ce D.U. à mettre en pratique nos premières notions hypnotiques rapidement et le plus possible, je ne me sentais pour autant pas encore prêt à franchir le pas et à me mettre en mouvement moi-même. Le fait d'avoir des collègues également formés à l'hypnose a été très aidant pour moi.

Ce fut chose faite en février avec des patients addicts que je connaissais maintenant depuis quelques semaines dans d'autres contextes, et pour lesquels nous avons échangé, l'équipe et moi-même, sur la pertinence de réaliser des séances d'hypnose pour eux. Il est à noter que, malgré la mise en place de ce nouvel outil, ma pratique est (et restera à l'avenir) encadrée voire protocolisée au sein de la structure dans laquelle j'exerce. J'ai pu réaliser différentes séances auprès de plusieurs patients, pour lesquels l'utilisation de cet outil nous semblait

pertinente et bénéfique et ce après validation par le médecin psychiatre, familier de l'hypnose également, mais aussi par les psychologues référents des patients.

Les patients reçus dans le contexte « hypnotique » avaient donc tous en parallèle un suivi psychologique rapproché, doublé d'un suivi avec le psychiatre pour certains.

Si cela peut paraître très scolaire voire limitant pour moi de prime abord, force est de constater que ce balisage de ma pratique de l'hypnose peut avoir un côté rassurant pour moi, de même que le fait d'avoir à ma disposition des personnes ressources, que sont les autres membres de l'équipe. Cela est une grande richesse et il est vraiment étonnant de constater à quel point cette dynamique d'échange au sein de l'équipe a pu se faire de manière naturelle, presque intuitive, et dans l'intérêt commun du patient.

Pour le moment, j'ai pu me dégager environ une demi-journée par semaine afin de pouvoir pleinement me consacrer à cette pratique encore toute nouvelle pour moi. Cela sera peut être amené à être affiné par la suite mais pour le moment cela convient aux patients que je suis de manière « hypnotique » et c'est bien là le principal.

Durant ces séances, il est intéressant de constater à quel point je pouvais désormais me retrouver dans une autre posture que celle dans laquelle j'étais habituellement, c'est à dire celle d'un infirmier. Si je peux me considérer comme quelqu'un d'attentif à l'autre, malgré le peu de recul que j'ai, j'ai pu me rendre compte que je focalisais davantage mon attention sur les dires du patient, mais aussi sur son attitude non verbale. Je cherchais peut-être alors une porte d'entrée *VAKOGIENNE* qui me semblerait la plus pertinente pour le patient. Je me suis également rendu compte que je découvrais le patient dans un autre contexte, d'une part car je ne suis pas familier du cadre de travail du psychologue mais surtout car une sorte d'intimité semble naturellement se créer entre le patient, son histoire et moi. Entre ses doutes et ses craintes quant à ce nouvel outil dont il ne semble connaître que le côté spectaculaire, nous voici, le(s) patient(s) et moi-même, embarqués le long d'un chemin qui nous paraît aussi bien à l'un qu'à l'autre rempli de surprises et de découvertes et sur lequel nous avançons ensemble.

b. Présentation des patients et de leur(s) demande(s)

Cas de Monsieur P.

C'est ainsi qu'après plusieurs échanges et réflexions auprès de mes collègues, nous décidons ensemble de la pertinence de réaliser des séances d'hypnose avec Monsieur P., qui a maintenant intégré la structure depuis plusieurs semaines et qui a entamé un suivi régulier

auprès de ma collègue psychologue. Il est bien-sûr à noter que Monsieur P., depuis son arrivée dans la structure où il a appris que l'outil hypnose se pratiquait, était dans cette demande de pouvoir l'expérimenter. Un accord pour des séances d'hypnose a également été ratifié par le psychiatre du service au préalable.

Je connais déjà un peu Monsieur P. car je le vois ponctuellement lors de la dispensation des traitements à l'infirmerie et une à deux fois par semaine lors des séances collectives de relaxation. J'ai d'ailleurs pu constater lors de ces dernières, qu'il arrivait déjà à expérimenter un certain lâcher-prise.

Je connais également quelques éléments d'anamnèse de Monsieur P., entendus lors des réunions pluridisciplinaires.

J'apprends qu'il est cuisinier de formation, qu'il a tenu différents restaurants, notamment à Paris, et qu'il est revenu vivre dans la région à la suite de la mort de sa femme il y a quelques années. Il semble faire remonter le début de sa dépendance à l'alcool à l'âge d'environ 20 ans, dans un but d'anxiolyse en lien avec son travail et de désinhibition, Monsieur P. se décrivant comme très réservé depuis son plus jeune âge (il décrit par ailleurs un père « cadrant » lui ayant laissé peu de place pour s'exprimer et une adolescence difficile sans droit de sortie). Ses alcools de prédilection sont la bière et le vin et leur consommation a été fortement majorée par la perte de sa femme des suites d'une longue maladie, il y a de cela environ dix ans maintenant.

Il a un frère plus jeune, avec qui il s'entend bien. Dans sa famille aucun membre ne semble souffrir d'alcoololo-dépendance. Il n'a pas d'enfants et n'en souhaite pas, de peur de « reproduire le même schéma éducatif que [son] père», selon lui. Il dit avoir coupé les ponts avec la famille de sa défunte épouse.

Par le passé, il a déjà effectué deux démarches de soins d'un mois chacune, avec une abstinence à l'alcool de dix-sept mois pour la plus longue. Il a, cette fois-ci, choisi de « compléter » cette troisième et actuelle démarche de soins en intégrant l'établissement dans lequel je travaille.

Monsieur P. est en arrêt de travail depuis plusieurs mois. Il faut noter qu'il était déjà suivi avant son entrée par une des psychologues qui travaille dans la même structure que moi et qui, dans un souci de continuité, poursuivra son suivi psychologique durant son séjour ici.

Sur un plan médicamenteux il ne lui est actuellement prescrit aucun traitement psychotrope ni aucun antidépresseur. Monsieur P. est fumeur et ne souhaite pour le moment pas mettre au travail cette addiction.

Cas de Mme C.

J'ai choisi, au cours de la rédaction de ce mémoire, d'incorporer cette situation pour laquelle ma prise en charge a été ponctuelle car cela me semble bien refléter cette dynamique d'équipe et de soin.

A la fin du mois d'avril, une autre de mes collègues psychologues m'a interpellé sur le cas d'une patiente qu'elle suit en prise en charge individuelle. Cette patiente est arrivée dans notre structure un mois et demi plus tôt. Elle est connue du service depuis plusieurs années maintenant (elle a effectué des soins dans notre structure concernant son addiction à l'alcool il y a dix ans, avec une rechute récente). L'ayant déjà moi-même rencontrée, plutôt sur un plan médical (rôle d'infirmier), et ayant connaissance de quelques éléments de son histoire de vie, elle me relate brièvement cette dernière. C'est une patiente ayant eu beaucoup de deuils au sein de sa famille. Elle vit actuellement une situation de « souffrance » à son travail. Cette dernière semble présenter une tendance à « l'interprétation », ne sachant pas faire autrement que de rentrer dans un « schéma d'agressivité et de confrontation », toujours selon les dires de ma collègue. Il semble, toujours selon elle, que Mme C. ne puisse pas « contrôler et canaliser ses émotions » de manière à avoir une réaction « socialement adaptée ».

Cela fit immédiatement écho à un exercice de la formation expérimenté quelques jours auparavant. J'ai pris soin de me renseigner auprès de ma collègue sur l'état de santé psychique de Mme C. et de lui expliquer succinctement en quoi consistait cet exercice. Une indication de séance d'hypnose a également été posée par le psychiatre du service quelques jours plus tard après consultation avec la patiente, demandeuse de cette expérience.

2. RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES

Cas de Monsieur P.

C'est dans ce contexte et en connaissant ces éléments de vie que je rencontre Monsieur P. J'ai également en tête les différents ateliers collectifs que j'anime et auxquels il participe avec une grande assiduité ainsi que les différents moments d'échanges informels que nous pouvons partager comme lorsque nous nous croisons dans les couloirs, lui qui a toujours le sourire ou la blague facile, parfois improvisée, et qui fait souvent mouche. Cela m'aiguillera par la suite concernant le déroulé de la, voire des séances d'hypnose, où j'ai bien l'impression que

Monsieur P., sans même s'en rendre compte, sait faire preuve d'une grande imagination, d'un esprit créatif et qu'il possède de bonnes capacités d'adaptation.

Première séance

Pour ce premier entretien, nous avons convenu le matin même de nous voir l'après-midi, pendant un créneau d'une heure, de manière à être confortables, aussi bien lui que moi.

N'ayant pas de bureau qui me soit propre, je décide (ça commence mal...), avec l'accord du patient, de nous installer dans le bureau vacant de l'un des trois psychologues du service.

Peu habitué au fait d'avoir un bureau entre le patient et moi, notamment lors des nombreux entretiens informels que je peux avoir avec les patients dans une journée ou le week-end, c'est spontanément que je m'assieds sur l'une des deux chaises présentes du même côté du bureau, après avoir pris soins bien évidemment de lui laisser choisir celle qui lui convient le mieux.

C'est donc cette fois-ci dans un contexte particulier que nous nous voyons et pourtant, presque paradoxalement, de manière plus formelle que d'habitude. Lui, plein d'interrogations et de curiosité concernant cette discipline qu'est l'hypnose et moi, avec tout autant d'interrogations, et seulement équipé des trois modules déjà passés de la formation d'Hypnothérapie, mais cependant armé de mon « lieu sûr » et de mon stylo (pour me rassurer, sans doute).

Lors de cet entretien je me rends compte que j'apprends à connaître le patient d'une autre manière. Peut-être de manière plus directe, en le laissant plus s'exprimer et en posant moins de questions qu'habituellement.

Je recueille cette fois-ci les éléments d'anamnèse de manière directe, émanant du patient lui-même et non d'un collègue, en essayant d'être succinct dans mes questions; le patient a déjà livré le récit de son histoire à de nombreuses reprises auprès de plusieurs professionnels de santé avant moi. Le but ici étant de lui faire verbaliser ses émotions, ses doutes, ses ressentis. Je constate par exemple que Monsieur P. n'aborde pas du tout ses éléments de vie avec le même ressenti que ceux de mes collègues. Je lui demande également quelles peuvent être ses attentes vis-à-vis de cette séance.

Il commence alors par me parler de ses précédentes démarches de soin en addictologie, pourquoi il a rechuté (ici dans un contexte de rupture sentimentale) puis petit-à-petit de sa vie passée (dont je connaissais déjà les grandes lignes). Il en vient ensuite à me décrire les sensations qu'il peut ressentir depuis quelques mois, comme s'il était « figé » dans le temps, presque « pétrifié ».

Si je savais que Monsieur P. est cuisinier de métier, j'apprends surtout qu'il n'a depuis quelques mois « plus goût à rien », selon ses dires. Il souhaiterait pouvoir « affronter » les nombreuses démarches administratives et autres « montagnes » (selon ses dires) qu'il a encore à gravir; de manière à être plus serein et confiant en lui-même. Il pense que l'hypnose et peut-être par la suite d'autres outils, comme l'autohypnose, pourraient l'aider au quotidien. J'apprends également, lors de ce riche entretien, qu'il a pour projet de changer totalement de travail et d'embrasser la carrière d'ambulancier. Il souhaite, après la sortie de notre structure, passer le concours d'ambulanciers mais cette idée l'angoisse: il dit être « paralysé par la peur de l'échec ».

Au fur et à mesure de l'entretien (d'environ quinze minutes), de nombreux autres indices verbaux en lien avec les différents sens me font changer mon fusil d'épaule: moi qui avais prévu de réaliser une séance type « lieu sûr » en guise d'introduction à l'expérience hypnotique pour le patient, me voilà désarçonné. Ce patient, au-delà de son humour, est décidément plein de surprises.

Je me ressaisis alors et lui propose une première séance d'hypnose, de laquelle en découleront peut-être d'autres par la suite. J'essaie de lui expliquer au mieux ce qu'est l'état d'hypnose, c'est-à-dire un état physiologique que chaque être humain expérimente sans s'en rendre compte plusieurs fois par jour (explication imagée par le « classique » exemple d'un trajet en voiture d'un point A à un point B en mode « pilote automatique » sans s'être rendu compte d'être déjà arrivé). Il me répond, non sans humour, ne plus avoir le permis de conduire actuellement et ne plus trop se souvenir de ce genre de sensations, la tête baissée, avant de la relever avec son rire caractéristique. Ne serait-ce pas là le patient qui essaie de rassurer le praticien? Voit-il mes hésitations dans mes gestes? Mes paroles? Sans nul doute. Je reconnais néanmoins son côté bienveillant et le remercie en souriant de détendre l'atmosphère.

Cette première séance, de fait un peu improvisée, est adaptée du texte « Ne rien faire » de G. Brosseau (37); dans l'idée, peut-être, que le patient puisse à nouveau solliciter, réveiller tous ses sens, de la manière dont il le souhaite, tout en essayant de ne pas être trop directif.

J'ajuste alors ma chaise par rapport à la sienne, de manière à être presque face à face mais légèrement en décalage l'un de l'autre, et lui demande s'il veut garder celle sur laquelle il est assis actuellement ou bien échanger de place avec moi par exemple. Il me répond que tout va bien pour lui et qu'il se sent à l'aise. « Et vous? », me rétorque-t-il.

Je lui suggère alors de s'installer le plus confortablement possible. Il choisit d'ôter ses lunettes et de les poser sur le bureau. Ce geste, d'apparence anodine, a raisonné en moi. Il m'arrive

régulièrement de faire la même chose. Peut-être est-ce pour plus facilement et symboliquement se déconnecter de notre environnement, afin de mieux nous recentrer sur nous?

J'ai choisi une méthode d'induction basée sur la prise de conscience des points d'appui sur la chaise, avant de se recentrer sur sa respiration. Je l'incite alors à prendre conscience de ses pieds, et lui suggère qu'ils sont peut-être ancrés, comme attirés par le sol, par le centre de la terre; puis de prendre conscience de ses jambes, fesses, dos, mains, qui reposent sur son pantalon et de ressentir le tissu sous ses doigts, sa texture, la température etc.... A ce stade, et sans le lui avoir suggéré, ses yeux sont déjà fermés. Je lui propose alors de se recentrer sur sa respiration, avec la suggestion que la détente irait croissante à chaque expiration. Cependant une nouvelle surprise m'attendait. Alors que je déroulais mon induction tel un scénario, toujours je pense pour calmer mes angoisses de débutant, je m'aperçus, peut-être un peu tardivement, que le patient était déjà en état de transe! Sans avoir un chronomètre à la main je pense effectivement qu'il n'aura fallu que deux petites minutes afin que le patient parte en voyage, et trente secondes de plus avant que je finisse par remarquer ses paupières tressauter et de nombreux mouvements involontaires de ses doigts. J'ai été très déstabilisé. Moi qui pensais, après ces premiers modules, qu'il y avait nécessité d'une induction fournie et assez conséquente, surtout dans le cadre d'une première séance, afin que le patient puisse accéder à cet état de transe hypnotique.

Je me souviens alors fugacement des séances de relaxation collectives auxquelles il participait et qu'il m'arrivait parfois d'animer. Peut-être alors aurais-je déjà pu et de manière inconsciente suggérer des choses aux patients lors de ces séances? Avait-il déjà expérimenté un état de conscience modifiée? De toute évidence cela semblait le cas.

Après ce bref passage déstabilisant, la séance d'hypnose se poursuit, en déroulant les différents sens, les uns après les autres, en énumérant de manière exhaustive les ressentis qu'il pouvait expérimenter.

Vue, ouïe, odorat, goût, toucher, je lui suggère les étapes *de la recette* de cette séance au patient, qui tout en « ne faisant rien » est à l'écoute de chacun de ses sens, et j'insiste sur le premier et le quatrième sens décrits (vue et goût) car ils semblent être ses canaux sensoriels dominants. Je suggère alors à nouveau à Monsieur P. de ne rien faire, qu'il n'a même pas à m'écouter et qu'il pourrait même économiser de l'énergie à ne pas se détendre. Je remarque sa tête à présent penchée en avant et légèrement sur le côté. Son état de transe a l'air un peu plus profond maintenant. Sa respiration est lente, profonde également et il semble même arborer un léger sourire, du moins une détente faciale évidente.

Ayant également un peu perdu la notion du temps, je me rends compte que la séance a débuté depuis environ 25 minutes maintenant. Un ancrage de ses sensations apparaissant comme positives pour le patient me semble judicieux à ce moment-là. J'invite Monsieur P., via un geste de la main de son choix, à graver cette sensation, cette expérience agréable en lui. Il porte alors spontanément sa main droite à sa poitrine. Ceci est complété par une suggestion post-hypnotique au cours de laquelle ces (ses) sensations pourront peut-être se prolonger au-delà de la séance, dans les jours, semaines, et mois qui suivront, et qu'il pourra retrouver toutes ces (ses) sensations positives lorsqu'il en ressentira le besoin, peut-être même en refaisant ce geste de manière inconsciente.

Je mets alors fin à cette expérience sensorielle en faisant à nouveau reprendre conscience au patient de ses points d'appui, de sa respiration qui redevient plus énergique, et j'induis au passage le fait que lui-même pourra peut-être se sentir plus tonique et ressourcé en revenant. Je laisse enfin le temps au patient de reprendre ses esprits.

Lors du débriefing, lorsque je demande au patient s'il souhaite partager quelque chose, celui-ci m'avoue ne « pas se souvenir de grand-chose », hormis avoir « porté sa main sur le cœur, et avoir ressenti une grande sensation de chaleur » à l'intérieur de lui. La perte de notion du temps m'est confirmée par son impression d'une séance d'une durée de 5 minutes. Il dit également avoir vécu cette expérience comme « un moment de bonheur », voyageant de sa cuisine à une plage, se souvenir des odeurs d'épices, de plats mijotés, des crépitements d'une belle pièce de viande dans une poêle au parfum de la fleur de sel et des embruns de la mer, du cri des mouettes. Il semble avoir vécu cette expérience à travers tous ses sens. Il se dit « fier » de lui, d'avoir été capable de créer par lui-même cet espace (temps); sentiment que naturellement je ratifie.

Voyant qu'il voulait certainement garder des choses pour lui, c'est sur ces dernières paroles que nous clôturons ensemble cet entretien, après nous être mis d'accord pour nous revoir dans ce cadre hypnotique. Je raccompagne le patient, après une séance d'environ une heure au total, non sans prendre par la suite quelques temps pour moi afin d'analyser cette séance. Quels bénéfices supplémentaires qu'il n'avait pas trouvés pendant les séances de relaxation a-t-il pu tirer de cette séance d'hypnose? J'avais en tout cas le sentiment d'avoir aussi puisé dans mon énergie, mes ressources, d'avoir été concentré pendant toute cette heure mais paradoxalement, j'étais dans un état d'esprit plutôt joyeux. Les paroles réconfortantes du patient auraient-elles flatté mon inconscient pendant cette séance?

Quelques jours plus tard, lors de la réunion hebdomadaire pluridisciplinaire, j'apprends que ma collègue psychologue, qui effectue le suivi de Monsieur P. et qui l'a vu en consultation ce

matin, a constaté une différence. Même si elle n'a pas qualifié celle-ci de « flagrante », elle a cependant remarqué un changement dans l'attitude du patient, qui semblait un peu plus ouvert, et plus dans le « partage ». Ce sentiment a été confirmé par ma collègue éducatrice qui assure également son suivi individuel pendant son séjour. Concrètement, selon cette dernière, Monsieur P. a pu commencer à aborder certains de ses projets de vie qu'il avait laissés de côté depuis plusieurs mois. Il semblait pouvoir recommencer à nouveau à se « projeter dans l'avenir » d'après elle.

N'était-ce pas là l'essence même de cette science du mouvement sur laquelle mes collègues avaient mis le doigt? Un changement positif, même minime, n'est-il pas une petite victoire?

Quelques jours plus tard, nous nous entretenons mes deux collègues et moi-même au sujet de Monsieur P. Lors de leur entretien respectif avec lui, elles me disent avoir pointé chez lui un sentiment « d'insécurité » et un « manque de confiance en lui », apparaissant en filigrane de leurs discussions. Ma collègue éducatrice aborde le sujet des démarches administratives qu'il ne semble pas encore prêt à « affronter » alors que sa situation empire. La psychologue, quant à elle, évoque sa relation avec sa défunte femme, sujet sur lequel il a déjà « longuement travaillé par le passé ». Elle me dit avoir remarqué que le patient semblerait vouloir encore verbaliser à ce sujet sans y parvenir.

Je leur fais alors part du contenu de la prochaine séance d'hypnose que je compte proposer à Monsieur P. Elles l'estiment « pertinente », presque « bienvenue ». Me voici rassuré!

Deuxième séance

Nous nous revoyons, Monsieur P. et moi, une semaine après la première séance, toujours dans le même cadre. Il me dit ne pas avoir eu d'envie d'alcool depuis la première séance. Je tempère cependant mon sentiment de joie interne car je sais que ce fait est plus à attribuer au contexte et au cadre hospitalier qu'à notre dernière séance. « Ce n'est pas grave », me dis-je, car je sais que tous les petits maillons de la chaîne soignante ont contribué de près ou de loin à ce confort psychique.

Lors de l'entretien pré-hypnotique, j'apprends de la bouche de Monsieur P. que les effets positifs de la première séance d'hypnose ont perduré pendant 3 jours, avec un sentiment de sérénité, qui a « un peu diminué » selon lui mais qu'il dit être toujours présent.

Il évoque également son dernier entretien avec sa psychologue, durant lequel il a pu aborder certaines thématiques qui lui tenaient à cœur. Son visage se ferme alors un peu avant de

continuer: « Je ne pense pas être encore prêt à tout dire. Je sens encore comme un blocage; pourtant cela me ferait du bien ». Après avoir félicité le patient pour les progrès qu'il a réalisés jusqu'à maintenant, nous convenons ensemble de partir sur une nouvelle séance. Ses derniers propos ont confirmé mon intention cette fois-ci de réaliser une séance sur la création d'un « lieu sûr ».

J'ai été très surpris de voir à quelle vitesse il a pu alors se mettre en mouvement afin de retrouver exactement la même installation sur sa chaise, les pieds arrimés au sol, que lors de la première séance et ce, sans que je ne lui aie dit quoi que ce soit. Surpris, et je dois bien l'admettre un peu amusé, je lui demande s'il est bien installé, ce qu'il me confirme en opinant de la tête.

Cependant, je choisis cette fois-ci non pas d'installer ma chaise face à lui et légèrement décalée, mais plutôt à côté de la sienne, dans la même direction. En effet, et sans trop pouvoir l'expliquer de manière limpide, j'ai ressenti ce besoin, peut-être parce que je n'étais pas à l'aise avec le fait que les chaises soient l'une en face de l'autre.

Cette configuration ne semble aucunement poser problème au patient, visiblement détendu avant cette séance.

Cette position côte à côte raisonne en moi comme quelque chose de l'ordre du « avancer ensemble » et elle me permettrait probablement d'améliorer cette synchronisation entre patient et praticien, entre Monsieur P. et moi-même. Cela en tout cas m'a semblé plus naturel et m'a rappelé les entretiens informels auxquels mon métier d'infirmier peut me donner l'opportunité de participer avec les patients (tôt le matin, tard le soir, dans un bureau, pendant les repas, dehors où il m'arrive de m'asseoir à côté d'eux etc...).

Je propose alors le même type d'induction verbale que lors de la première séance, qui semblait très bien avoir convenu au patient. Mais quelle n'a pas été ma surprise de constater cette fois-ci, qu'après lui avoir suggéré de « prendre conscience de ses pieds qui pouvaient s'ancrer profondément dans le sol, comme attirés par le centre de la terre », le patient était déjà parti en transe! Respiration lente, profonde, visage détendu, tressautement des paupières, mouvements involontaires et incontrôlés des doigts, le patient a visiblement appris de sa première expérience hypnotique.

Un peu moins décontenancé que la première fois, j'invite alors Monsieur P. à s'aventurer le long d'un chemin, faisant écho métaphoriquement au chemin de sa respiration suggéré juste auparavant, et qu'il peut symboliser par une couleur s'il le souhaite. Ce chemin peut le mener vers son « lieu sûr ». Celui-ci peut être un endroit de ses souvenirs passés, présents ou bien de

son imaginaire. Comme nous avons utilisé la stimulation de ses sens lors de la première séance, je lui propose alors de se servir de ces derniers afin de vivre pleinement cette expérience dans ce lieu qui peut se trouver à l'intérieur ou l'extérieur. Je saupoudre par moments en utilisant les champs lexicaux de la sécurité mais aussi du confort. Je fais également appel au signaling moteur à plusieurs reprises, comme autant de balises posées à chaque étape, depuis le début de la séance: il répond à mes demandes de lever son index droit de façon étonnamment synchronisée du début à la fin de cette expérience hypnotique. Mais, avec le recul, j'ai l'impression que cela avait davantage pour effet de diminuer mon propre inconfort que le sien puisqu'il semblait totalement apaisé et calme de son côté, comme s'il était hermétique à mon stress tout en restant attentif à mes paroles.

Cette deuxième séance fut l'occasion de lui faire voir, peut être sentir des choses, telles un parfum de fleur ou autre, une musique agréable ou bien le bruit du vent dans les arbres (ou tout autre chose), ressentir la chaleur du soleil sur sa peau par exemple. Il s'agissait de ne pas trop le diriger et être volontairement permissif afin qu'il puisse se construire sa propre expérience.

Puis après avoir laissé le patient quelques instants pour aménager, améliorer son lieu sûr, le mettre à son goût, je lui demande une nouvelle fois de me signaler si tout allait bien pour lui et s'il était « confortable ». Je lui suggère alors de réaliser un nouvel ancrage de ce lieu et de cette sensation sécurisante dans l'une de ses mains; chose qu'il fait en fermant son poing droit. Après ratification de ma part et la suggestion post-hypnotique « qu'il pourra quand il en ressentira le besoin retrouver ces sensations » et « qu'il pourra revenir plus énergique qu'il l'était avant cette séance », le patient revient dans « l'ici et le maintenant » en retrouvant une respiration plus rythmée, plus vive. Il reprend conscience de ses doigts, de ses pieds, du bruit des tourterelles perchées au-dessus du bureau dans lequel nous sommes.

Au cours de notre entretien post-hypnotique, le patient me raconte brièvement son aventure, ce qu'il souhaite partager avec moi. Il s'est ainsi retrouvé sur une plage qu'il connaît bien, seul, avec la sensation du sable chaud sous ses pieds. Une plage délimitée de part et d'autre, comme « enclavée » selon lui. Il décrit cette plage comme « un lieu où rien ne peut [l]'atteindre ». Il fait également référence à une musique, « Siffler sur la colline ». Il ne peut expliquer l'apparition de cette dernière pendant la séance, n'étant pas forcément familier de Joe Dassin et n'ayant pas de souvenirs s'y rattachant (du moins consciemment). Il se dit néanmoins détendu et « zen ».

Je le félicite pour le travail qu'il a accompli durant cette séance. J'aborde également avec lui mon travail universitaire et l'écriture de mon mémoire. Je lui demande l'accord afin de

pouvoir aborder dans ce dernier sa situation et sa prise en charge hypnotique associée, de manière totalement anonyme. Il ratifie. Nous convenons de nous revoir dans quinze jours afin de travailler sur ce sentiment de confiance parce que je suis en vacances la semaine suivante.

A mon retour de congés, j'apprends par mes collègues que Monsieur P. a ressenti un fort *craving* durant le dernier weekend, qu'il dit avoir néanmoins pu gérer, et n'a ainsi pas consommé d'alcool. Ma collègue psychologue, avec qui il a eu depuis deux entretiens de suivi individuel, me confirme une « amélioration dans la gestion de ses émotions et de son anxiété ». Ma collègue éducatrice, quant à elle, ajoute « qu'il arrive un peu mieux à se projeter dans ses projets ». Je leur relate en retour le déroulé de ma dernière séance avec lui, notamment l'ancrage de quelque chose d'aidant pour lui et leur explique que nous avons convenu lors de la prochaine séance de travailler sur la confiance en lui, ce que mes collègues valident.

Troisième séance

Lorsque nous nous revoyons pour la troisième fois, Monsieur P. me résume son dernier week-end durant lequel il a posé une permission afin de rentrer chez lui pendant 48h. Il souhaitait récupérer des documents pour pouvoir avancer dans ses démarches administratives et avait prévu de voir sa famille une partie du week-end. Il m'a alors avoué avoir ressenti un fort *craving* lorsqu'il a sorti d'une pochette des factures impayées depuis plusieurs mois. Cela lui a rappelé son « incompetence à faire des choses simples » selon ses dires. C'est alors, toujours selon le patient, dans ce moment « critique » pour lui, qu'est survenu cet air de musique, « Siffler sur la colline ». Il m'explique que cela a eu un effet « tranquilisant et reposant », et a permis au *craving* de s'atténuer puis de disparaître. J'en déduis alors finalement que ce n'est pas tant un lieu sûr qu'une « musique sûre » qu'il avait ancrée en lui. Cachant comme je le peux mon étonnement, je le félicite d'avoir pu utiliser ses capacités nouvellement développées et avec tant d'efficacité. Moi qui m'étais concentré sur ce *lieu sûr* lors de la séance précédente, lui et son inconscient ont saisi totalement autre chose. Cela me sera d'ailleurs confirmé lors du quatrième module du diplôme lors duquel une personne peut tout à fait avoir, si ce n'est un lieu, une musique, un objet sûr, ou même tout autre chose.

Monsieur P. évoque alors brièvement le contenu de ses deux dernières séances avec la psychologue. Il les qualifie d'un peu « éprouvantes » mais se dit fier d'avoir pu lâcher certaines choses. Une ratification me semble à ce moment inévitable.

Comme nous avons convenu quinze jours auparavant et comme cela est toujours la demande du patient, cette troisième séance aura pour objectif initial de stimuler et potentialiser le

sentiment de « confiance en lui » de Monsieur P. Il me dit avoir déjà constaté « quelques changements à l'intérieur de lui » et que cela lui ferait du « bien de développer davantage cela ». Je lui demande concrètement comment cela serait, pour lui, d'être plus sûr de lui, plus confiant. Il me répond qu'il pourrait plus facilement « avancer, passer les obstacles sans chuter et rechuter ».

Je me suis alors rappelé d'un exercice expérimenté lors de cette formation universitaire, qui me semblait à ce moment-là pertinent car en lien avec l'estime de soi.

Le contexte et la manière dont le patient s'installe sont identiques aux fois précédentes. Une induction formelle ne me semble maintenant plus tout à fait nécessaire tant le patient maîtrise ce processus avec facilité. En effet, il suffit simplement que je lui suggère de prendre conscience de ses pieds, ancrés au sol, et de sa respiration, avant qu'il ne soit prêt à ce que je lui propose de visualiser un endroit qu'il connaisse ou bien qui soit inconnu pour lui. Il peut, s'il le souhaite, partir explorer, aller à la découverte de nouvelles choses, ouvrir des portes, ou tout autre chose, en prenant tout son temps. Le patient est visiblement calme. Après un temps de silence de ma part, j'ajoute alors qu'au détour d'une porte, d'un endroit, il pourrait maintenant facilement visualiser son prénom, apparaissant devant lui. Il peut prendre le temps de l'observer, d'un angle ou d'autre autre, d'en faire le tour, et peut-être même de « jouer » avec les lettres qui le compose. Si quelque chose ne lui convient pas il peut même se permettre de modifier ces lettres, de les grossir, les rétrécir, d'en changer la police, la couleur, peut-être l'odeur ou tout autre chose. La détente de son visage, une esquisse de sourire, m'ont parues suffisantes, de telle manière que je n'ai pas ressenti le besoin de demander de signaling moteur au patient. Puis, une fois qu'il pensait avoir terminé ce qu'il avait à faire, il pouvait revenir, avec toutes les sensations positives qui pourraient peut-être perdurer par la suite.

Lorsque le patient revient, je ne m'attendais pas à ce que cela soit avec une autre surprise. Il me décrit son expérience, celle d'avoir pendant cette séance pu visiter une maison de son enfance et se promener dans les différentes pièces après avoir ouvert autant de portes. Il s'agissait de souvenirs « agréables » pour certains, plus « tristes » pour d'autres ou, après s'être repris sur le terme utilisé, qui entraînaient plutôt un sentiment de « nostalgie ». Il me rapporte alors avoir à un moment ouvert une porte et découvert un prénom « flottant au milieu d'une pièce à peine éclairée ». Ce n'était pas le sien, mais celui de sa femme. Voyant mon visage ratifiant son dernier propos, il poursuit, en expliquant avoir pu « modeler » ce prénom à « l'image de [sa] femme ». Il s'arrête là-dessus. Que faire alors? L'inviter à continuer de développer le récit de cette expérience? Laisser un moment de silence? Ou simplement lui demander comment il se sent à présent? J'opte alors pour cette dernière option. « Bien » et «

nostalgique » furent ses deux réponses. Je lui propose alors de revenir la semaine suivante afin de travailler sur ces souvenirs, ces pensées, ces émotions vis-à-vis de sa femme, d'une autre manière qu'il peut le faire d'un point de vue psychologique. Il accepte. Je lui suggère également des exercices, qu'il pourrait réaliser tous les jours, à un moment de la journée le plus propice pour lui, pendant quelques minutes. Le soir lui convenait. S'installer dans un lieu calme, et focaliser son attention sur trois choses à voir, trois choses à entendre, et trois à ressentir, puis de laisser simplement venir à lui les sensations; nous en ferions le point la semaine suivante. Cela semble lui convenir, malgré ses incertitudes à ne peut-être « pas pouvoir se relaxer et réussir seul cet exercice ». Je lui réponds alors d'une manière que je pensais rassurante que j'ai toute confiance en ses capacités. Il sourit. Je lui demande s'il veut rajouter quelque chose, ce qu'il ne souhaite pas. Nous mettons donc fin ensemble à cette séance.

Les débriefings quelques jours plus tard avec mes collègues ont confirmé le fait que Monsieur P. s'était saisi de certaines choses, lui permettant d'avancer dans ses démarches administratives qu'il qualifiait de véritable « jungle labyrinthique » (mais peut-on vraiment lui donner tort?). Il paraissait, aux dires de mes collègues, encore un peu plus « ouvert ». « Il a même commencé à régler ses factures et pris rendez-vous avec son patron pour clarifier sa situation », m'annonce ma collègue éducatrice. Il souhaite préparer, anticiper sa sortie des soins; chose confirmée par ma collègue psychologue avec qui il souhaite prendre rendez-vous pour continuer le suivi individuel en ambulatoire dans le C.S.A.P.A. où elle travaille également. Nous discutons alors ensemble de l'exercice d'autohypnose « prescrit » à Monsieur P., mais aussi de la question du lien: le lien avec l'institution, avec les collègues, moi-même, le produit, avec sa défunte femme. J'é mets alors un questionnement, principalement adressé vers sa psychologue, de la pertinence de ce travail sous hypnose, car elle travaille déjà cela avec lui depuis plusieurs séances. Elle a trouvé ainsi cela « intéressant » de renforcer ce travail avec l'utilisation de l'outil hypnose. J'avais en tête un « script » trouvé quelques temps auparavant, que nous adaptons ensemble pour Monsieur P. en vue de la prochaine séance.

Quatrième séance

Je retrouve Monsieur P. plutôt souriant, mais décrivant une certaine lassitude « d'être parmi nous ». Il veut « passer à autre chose ». « C'est super!», lui dis-je alors avec trop d'enthousiasme. «Peut-être est-ce là le début de quelque chose de nouveau qui se profile pour vous? ». Il m'explique ses doutes, ses craintes après la sortie de la structure sur d'éventuelles recon consommations d'alcool. Non, tout n'est pas « rose ». Ne le contredisant pas sur ce dernier

point, je lui dis que cela arrivera peut-être, ou non, que tous ses efforts et ses (ces) changements n'empêcheront peut-être pas un petit écart de trajectoire, mais que cela n'effacera pas sa route sur laquelle il avancera toujours. Je suis curieux de savoir s'il a également pu s'approprier l'exercice proposé la dernière fois. Lui demandant ce qu'il a pu ressentir lors de ce dernier, il me répond s'être « surpris lui-même à pouvoir se détendre tout seul », que cela lui a apporté « bien-être et repos ». Génial! Il pointe néanmoins le fait qu'il « appréhende [sa] sortie », qu'il ne sait pas s'il sera assez « solide » pour ne pas « craquer ». Continuant alors sur ce sujet et reprenant notre discussion de la dernière fois autour de son lien avec sa femme, je prends le temps de lui expliquer comment nous pourrions travailler cela ensemble. Monsieur P. accepte. Lui et moi savons que ce serait sa dernière séance d'hypnose au sein de notre structure puisqu'il sort la semaine suivante. Je lui demande alors l'autorisation de filmer cette séance, dans le cadre de mon travail universitaire, néanmoins avec les *moyens du bord*, c'est-à-dire mon téléphone portable; requête à laquelle il accède bien volontiers. C'est donc dans le même dispositif habituel que nous nous plaçons, après avoir installé mon téléphone sur le bureau. Et nous partons ainsi à discuter de ce qu'il pouvait ressentir actuellement, simplement, de choses et d'autres, dans une fluence verbale qui tend à ralentir petit à petit de mon côté; le patient se cale sur mon rythme au fur et à mesure de nos échanges. Je glisse alors entre deux phrases que s'il le souhaite à un moment donné il peut fermer les yeux. Très rapidement ses paupières se ferment. Nous continuons brièvement à converser, puis le patient se tait. J'étais confiant quant aux capacités d'imagination de Monsieur P. et avais eu confirmation de la part du psychiatre que sa structure psychique était de nature névrotique.

Je lui suggère alors de visualiser une personne, un objet, ou autre, avec lequel (laquelle) il souhaite prendre un peu de distance, s'éloigner, tout en saupoudrant ceci d'autres termes rappelant le mouvement.

Puis, une fois que cela serait fait, je lui demande de me le signaler. L'index droit levé m'invite à poursuivre. Je lui propose alors de matérialiser le lien qui les unissait et d'en déterminer la matière, la couleur, la texture, l'odeur, peut-être le goût ou tout autre chose qui pouvait lui paraître caractéristique de ce lien. Je lui demande de considérer ce que ce lien pouvait satisfaire, pouvait lui apporter comme ressources, soutien, réconfort, sécurité, en prenant tout son temps, puis de m'indiquer quand il pense que cela sera fait. Après environ quinze secondes son index se redresse, signe que nous pouvons poursuivre.

Ne me posant pas habituellement la question, je ne savais pas si j'étais inconsciemment inquiet de mes compétences devant la caméra ou vraiment concentré sur ma séance, mais je ressentais une certaine pression, qui était sur le moment inexplicable pour moi. Je suggère

ensuite à Monsieur P. de visualiser un « autre lui-même », assis à côté de lui par exemple, accompli et en pleine possession des ressources nommées ci-dessus (soutien, sécurité etc...). Après un nouveau signaling moteur, j'invite le patient à prendre le temps d'observer cet autre lui-même, et peut-être même de commencer à ressentir son « aura », et combien cela pouvait être agréable d'être en contact avec une personne si accomplie, entière et autonome. Je lui dis qu'à un moment donné, ce contact pourrait même devenir physique, cet « autre lui » pouvant lui prendre la main par exemple s'il le juge nécessaire afin d'encore mieux ressentir toutes ces (ses) sensations positives; en prenant une nouvelle fois tout le temps qu'il lui faudrait pour le faire, puis de me l'indiquer à nouveau.

Je lui propose à présent de saisir cette opportunité afin de dire, à cet objet/cette personne, tout ce qu'il n'a pas eu le temps de lui confier, ce qu'il avait sur le cœur, comme des pardons, sa colère, ou tout autre chose, puis de le remercier intérieurement pour ce qu'elle/qu'il lui a apporté et ce qu'il/qu'elle apporterait aux générations futures. Les rides frontales du patient semblent indiquer une grande concentration. Après un certain laps de temps que je ne peux quantifier et après lui avoir demandé, j'observe à nouveau l'index de Monsieur P. se soulever.

Je lui soumets alors l'idée qu'il peut laisser partir cet objet ou cette personne, peut-être dans un autre espace, en toute sécurité, en prenant tout le temps qui lui semblerait nécessaire. Lui et son « double » pourraient ensuite, ensemble, atténuer le lien unissant le patient à cet objet/cette personne, voire le faire disparaître et que le fait de le faire « ensemble » serait certainement plus facile pour lui. Je lui suggère qu'il(s) pourrai(en)t alors peut-être transformer ce lien en bulles qui s'envoleraient dans le ciel, par exemple, avec l'idée que cet objet/cette personne resterait bienveillant(e) par la suite envers Monsieur P. Je l'avertis que je garderai à présent le silence afin de lui laisser à nouveau prendre son temps. J'observe alors, après environ une minute, une certaine détente faciale. Un stimulus verbal de ma part initie à nouveau le mouvement de son index. Monsieur P. apparaît physiquement détendu et concentré à la fois.

La prochaine étape consistait à intégrer, intérioriser son « autre lui » en acceptant tout ce qu'il pouvait lui apporter de bénéfique, car finalement ils n'ont toujours formé qu'une seule et même personne. Ce moment m'a paru avoir un impact émotionnel fort pour le patient : ses nombreux mouvements digitaux pouvaient en témoigner.

J'accompagne dans la foulée ce mouvement en lui faisant visualiser un pont vers le futur, son futur, associé à une suggestion post-hypnotique renforçant les sensations positives de Monsieur P. Je lui laisse alors la possibilité de revenir ici, avec moi dans le bureau, quand il le souhaiterait, après « avoir pris ce qu'il avait à prendre et laissé ce qu'il avait à laisser ».

Le patient reprend assez vite ses esprits. J'observe alors une larme couler le long de sa joue droite. Devant mon étonnement, voire ma crispation (« qu'ai-je fait ou induit pour que le patient vive mal cette expérience?») le patient tente aussitôt de me rassurer en me parlant d'un trop-plein d'émotions positives, d'une « larme de bonheur ». C'est à ce moment-là que j'ai pleinement pris conscience de ce que nous avons tous entendu dire à plusieurs reprises dans les différents modules de cette formation: lorsqu'on est en état hypnotique, on ne visualise pas une situation, une émotion, on la VIT. Je n'ai cependant pas eu la présence d'esprit, le réflexe, d'accueillir cette émotion avec une belle ratification.



En parallèle de la réaction émotionnelle de Monsieur P., celui-ci me remercie pour ce « joli message ». Voyant que je ne semble pas comprendre ses derniers mots, il me pointe un petit encadré, sur le bureau de ma collègue, dans lequel il est inscrit en grosses lettres « Je suis une richesse ». Il était persuadé que je l'avais placé dans son champ de vision de manière à ce qu'il puisse le voir à son retour de transe. Je n'avais pourtant jamais prêté attention à la présence de cet objet jusqu'à maintenant. Je lui réponds que je ne suis pas l'auteur de ce message positif. En revanche, partant d'un postulat pouvant paraître hasardeux, j'ajoute que les séances d'hypnose lui ont peut-être

permis de changer son regard, sa perception et d'améliorer son sens de l'observation par rapport à son environnement.

Lors du débriefing post-séance, le patient parle toujours peu. Il choisit de partager avec moi les paroles suivantes: « J'ai pu me retrouver à deux, moi et moi-même, donc plus fort, pour repousser au plus loin des pensées qui ont été très polluantes ». Il décrit également « avoir ressenti une sensation de bonheur après avoir effectué cet acte avec moi-même ». Il ajoute que ceci «reste très fort sur le fait de savoir [qu'il n'est] plus seul dans les actions difficiles à mener ». C'est après m'être rendu compte, post-séances, que l'enregistrement vidéo n'avait pas fonctionné et qu'il s'était coupé après seulement environ une minute que j'ai choisi ici de reporter les propos du patient. Passé ma déception, c'est avec le sourire que nous clôturons avec Monsieur P. cette séance, qui était la dernière. Nous avons cependant au préalable abordé les séances d'auto-hypnose qu'il pourrait réaliser par la suite, après sa sortie de notre structure. Je l'ai également félicité pour tout le travail qu'il a pu brillamment accomplir.

La discussion de la semaine suivante avec mes collègues a permis de mettre en avant un changement positif chez Monsieur P. entre le début et la fin de son séjour, mais également le fait qu'il restait néanmoins « très vigilant » par rapport aux difficultés qu'il pourrait rencontrer à l'extérieur.

Cas de Mme C.

J'ai proposé à Mme C. que nous nous rencontrions dans un contexte similaire à celui de monsieur P. C'est une patiente que j'ai également pu voir évoluer durant certaines séances de relaxation. Si je la connais encore peu, je sais qu'elle possède de bonnes capacités d'imagination et de création, d'après le travail qu'elle pouvait fournir auprès de ma collègue art-thérapeute et après l'avoir écoutée verbaliser ses ressentis post-séances de relaxation qu'elle décrit d'ailleurs comme « bienfaitrices » pour elle.

Nous avons décidé ensemble de l'endroit dans lequel cette séance aurait lieu, et nous sommes tombés d'accord: ce serait le bureau de ma collègue psychologue qu'elle voit régulièrement. Cela semblait confortable et sécurisant pour elle. Quand je lui ai demandé de choisir une chaise parmi les deux placées côte-à-côte, elle a décidé de s'asseoir sur celle de gauche.

Aux questions que je lui pose sur ses motivations et ses attentes quant à cette séance d'hypnose, elle me répond être « consciente » de ses difficultés à communiquer avec les autres sans rapidement « déborder émotionnellement ». Elle souhaiterait pouvoir « faire autrement » mais explique que cela semble « plus fort qu'elle ». Elle se décrit également comme quelqu'un de très « impatient », qui déteste qu'on puisse la faire attendre (ce qui, en plus de sa vie de tous les jours, arrivait parfois lors des activités thérapeutiques où elle pouvait attendre d'autres patients en retard, ce qui était source de conflits).

Ensuite, de la même manière que j'ai pu le faire avec Monsieur P., j'explique à Mme C. ce qu'est l'état hypnotique et en quoi consisterait cette séance, qui s'annonçait dynamique.

Je l'invite alors à se mettre debout, un pas ou deux devant sa chaise.

Lorsque je lui demande si elle se sent à l'aise, elle me demande la « permission » d'enlever ses chaussures. J'accède bien volontiers à cette demande facilement réalisable et décide d'en faire autant. Heureusement pour nous deux et malgré mes chaussures en cuir, il ne faisait pas trop chaud ce jour-là... La situation est donc « olfactivement supportable ». Je ne suis cependant pas sûr que cela soit non plus agréable au point d'être un canal du V.A.K.O.G...

Le fait de connaître à l'avance la trame, la colonne vertébrale de cette séance semble aidant pour la patiente: elle apparaît plutôt détendue. Je lui suggère alors, si et quand elle le souhaiterait, de fermer les yeux, non sans l'avoir prévenue au préalable que je rentrerais en contact physique avec elle et qu'elle en serait avertie à chaque fois que cela serait nécessaire.

C'est tout naturellement qu'elle laisse tomber ses paupières et qu'elle se laisse guider. Je me tiens debout, face à elle et serai peut-être amené à bouger durant la séance, à la fois pour le bon déroulement de celle-ci mais aussi pour sécuriser la patiente qui se tient donc debout et qui a les yeux fermés, ce qui pourrait perturber son équilibre.

N'ayant jamais expérimenté de séance d'hypnose auparavant mais étant familière des séances de relaxation, je propose à Mme C. de prendre conscience de ses pieds nus sur le sol, de se focaliser sur les sensations sous sa voûte plantaire, sur les sensations de chaud, de froid, peut-être de lourdeur ou autre. Je suggère à cette amoureuse de la nature que la sensation de ses pieds qui commencent à s'ancrer dans le sol peut s'apparenter aux racines d'un arbre qui plongent dans la terre.

En parallèle de cela, je l'invite à également prendre conscience de sa respiration, qui peut devenir plus calme, lente, peut-être même plus lourde, tout comme la sensation de pesanteur, d'attraction terrestre exercée sur ses pieds.

La séance en elle-même étant basée en grande partie sur de la visualisation, je décide de la fluidifier et commence donc la phase de travail avec la patiente. J'utilise alors le signaling afin de m'assurer que tout va bien pour Mme C. La réponse lente et saccadée de son index droit, associée aux « blépharospasmes hypnotiques » sont autant d'indicateurs de cet état de transe.

Le point de départ de cette séance était à adapter en fonction de l'état d'esprit de Mme C. sur le moment. Sachant qu'elle se disait « décontractée » quelques minutes plus tôt, je commence alors avec ce sentiment positif comme porte d'entrée.

Les deux éléments, plutôt les « balances » ou « équilibres » à travailler ce jour que j'ai pu identifier suite à notre entretien préalable étaient:

- La patience/ L'impatience
- La colère/ Le sentiment de paix (intérieure)

Je demande alors à la patiente de convoquer des sentiments positifs, la patience et le sentiment de paix et de bien-être, de les visualiser et de ressentir ce qu'ils pouvaient procurer d'agréable en elle, en usant du saupoudrage. Puis Mme C. devrait ensuite me signaler avec un

doigt de l'une de ses deux mains lorsque cette étape serait terminée. Son poing droit fermé symbolise cette action.

Puis c'est alors au tour de l'étape symétriquement opposée, composée de sentiments négatifs, tels que l'impatience et la colère. Il s'agit alors de les ressentir, de les vivre aussi intensément que tout à l'heure, en m'indiquant avec sa main gauche lorsque ceci serait fait. Quelques froncements de sourcils plus tard, son poing gauche se referme.

Les deux côtés « positif et négatif » sont maintenant identifiés, respectivement droit et gauche.

L'étape ultérieure consiste à rebasculer dans ce côté positif, avec une implication physique de la part de Mme C., qui doit diriger une partie de son poids sur sa jambe droite afin de *matérialiser* cet affect de manière plus concrète. Un très léger déséquilibre se fait sentir et je pose ma main sur son épaule droite afin de la rééquilibrer. Elle était prévenue que je serais amené à intervenir et cela ne semble pas la surprendre ni la gêner. Je l'invite alors à associer tous ces sentiments et sensations positifs à une couleur, la couleur de son choix, qu'elle pourrait verbaliser une fois trouvée aussi facilement que je venais de le faire sur le moment.

Ma dernière phrase m'a fait douter. Si mon collègue de promotion avec lequel j'avais réalisé cet exercice avait pu prononcer ses couleurs choisies, cela ne sera peut-être pas le cas ici ?

Soudain, un « jaune » sort avec difficulté de sa bouche et met fin à mes interrogations. Je lui propose de ressentir ce que cette couleur pouvait lui procurer comme sensations puis à nouveau de recréer ce mouvement de bascule sur l'autre jambe, l'autre hémicorps, de retourner dans le « négatif ». Je l'invite à effectuer le même travail. Cette fois, il s'agit du « violet ». Elle doit également ressentir ces sensations désagréables qu'elle y a associées: l'impatience et la colère qui se matérialisèrent par des grimaces sur son visage.

L'étape d'après consiste en un travail dynamique, de passage physique entre ces deux couleurs. Je l'accompagne physiquement avec ma main sur son épaule, non sans la prévenir avant, dans ce berceement. « Jaune, à droite, appuyez votre jambe droite, ressentez ce calme, cette patience, ce côté agréable », prenant quelques instants puis nouveau basculement dans le côté violet, « désagréable, ressentez cette colère, cette impatience ». La patiente entre alors dans un mouvement oscillatoire, telle l'aiguille du métronome qui accélère petit-à-petit, guidée par mes mains posées alternativement sur ses épaules droite et gauche (et moi-même guidé par cette technique de balancing que j'avais pu voir en formation). « Jaune, la patience, la paix » puis « violet, l'impatience, la colère ». Le vocabulaire s'amenuise au fur et à mesure que la confusion va grandissante. Tout semble commencer à se mélanger dans sa tête. Dans la

mienne aussi d'ailleurs! Puis vient le moment de l'équilibre, symbolisé corporellement par un recentrage sur ses deux pieds et un accompagnement vertical vers le bas de mes mains, le long de ses deux bras comme pour lisser, évacuer son « trop-plein de sentiments » par ses mains. Son corps s'immobilise alors, sa tête penche désormais un peu plus en avant, signe physique d'une transe semblant vraisemblablement plus profonde. Elle peut tout de même verbaliser aussi facilement la couleur symbolisant ce nouvel état : « Rose ». Me vient alors à l'esprit le champ lexical de la douceur, de la légèreté, de la délicatesse, que Mme C. paraissait capter, probablement par bribes. Je suggère à la patiente de renforcer l'acquisition de ces nouveaux ressentis par le souvenir d'un apprentissage antérieur réussi, en l'occurrence celui de la marche, avant de l'appuyer par une suggestion post-hypnotique. « Et quand vous en ressentirez le besoin, vous pourrez réactiver vos sens, reprendre conscience de votre respiration, peut-être plus tonique, de manière à revenir plus énergique ». La patiente ouvre à nouveau les yeux. Après quelques dizaines de secondes, elle recouvre peu à peu ses esprits. Elle semble plus sereine, ce qu'elle confirme verbalement, après s'être assise sur la chaise restée juste derrière elle tout le long de la séance. Elle décrit alors avoir ressenti un « chamboulement », et avoir vécu cette expérience de manière « très intense ». Son visage paraît également plus décontracté qu'avant la séance. Cela lui convient très bien et à moi encore plus. Nous mettons ensemble fin à la séance.

J'ai bien évidemment revu à plusieurs reprises par la suite Mme C. dans le contexte infirmier quotidien de la structure. Elle m'a raconté alors en aparté au détour d'un couloir plusieurs jours après la séance d'hypnose ressentir quelques bénéfices. Elle m'a dit mieux arriver à « se canaliser » quand elle converse avec une autre personne, et ne plus autant se sentir « agressée ». Mes collègues m'ont également confirmé avoir un échange plus facile avec elle à présent. J'avais cependant très peu de recul vis-à-vis de cette situation pour pouvoir constater d'autres effets ou changements que ceux susnommés, et si ces derniers dureraient dans le temps. La patiente semblait cependant ressentir un mieux-être psychique.

IV) DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

1. SITUATIONS DE Monsieur P. ET DE Mme C.

Lors de la rédaction de cette partie je me suis rendu compte que l'analyse de ces cas pouvait se réaliser sous de multiples angles, regards, grilles de lecture. En ce qui me concerne, je retrouve cette notion, cette idée de dynamisme dans la manière dont les patients ont pu

amener les choses eux-mêmes, comme si nous nous guidions mutuellement, qui rejoint cette idée du « avancer ensemble ».

Prendre du recul, analyser les situations cliniques m'a permis de mettre en lumière certains éléments, changements pour ces deux patients, mais également mes maladresses.

Il est intéressant de constater l'évolution des séances avec Monsieur P., de finalement partir de « quelque chose de périphérique pour mieux tendre vers le centre, vers l'axe majeur de la problématique », comme a pu nous l'expliquer B. Lutz lors d'un module de cette formation.

Sans condescendance aucune, l'analogie que l'on peut faire avec les animaux et notamment la technique éthologique du « chuchoteur » (ou *Horse Whisperer*) m'est alors venue. Un cheval non dressé, presque sauvage, a tendance à se retrouver en posture de proie, dans un sentiment d'insécurité. Ce dernier a besoin de temps, d'attention, d'écoute, et d'une approche progressive de la part du chuchoteur et ce, jusqu'à ce que le cheval s'approche de lui petit à petit, et se laisse approcher en retour, si près que le chuchoteur peut glisser des mots à l'oreille de l'équidé (ce qui n'est pas non plus sans rappeler la posture physique du thérapeute dans certains cas, au plus près du patient, lui apportant presque en chuchotant ses métaphores et suggestions). Peut-être que d'un certain point de vue le praticien va chercher à faire la même chose avec la problématique du patient. D'une certaine manière, le praticien n'entraîne-t-il pas le patient à devenir « dresseur » afin de pouvoir plus ou moins apprivoiser son « animal intérieur » que peut représenter son inconscient et dont, au final, il ne devrait pas avoir peur? Cela est facilité par le patient lui-même, qui apporte et alimente petit à petit le contenu de sa problématique.

L'anxiété des débuts du néo-praticien que je suis et ma relative maîtrise de la séance dite du « lieu sûr » ont fait que je souhaitais aborder, introduire l'hypnose avec Monsieur P. par ce biais. Cependant Monsieur P., lors de ce premier entretien, après quelques minutes, m'a apporté des éléments verbaux de l'ordre des sensations, comme s'il me donnait la permission de pouvoir l'approcher, rentrer en relation avec lui par cet abord sensoriel si bien traduit par G. Brosseau (2012) dans son ouvrage (37), un peu maladroitement tronqué par mes soins. Un ajustement de dernière minute m'a alors semblé nécessaire et judicieux afin de coller le plus possible à sa demande indirecte de se reconnecter avec ses ressentis.

Revenons maintenant à ma problématique et à mes questionnements de départ, à savoir : Comment potentialiser la prise en charge pluridisciplinaire, en collaboration, des patients reçus dans notre structure? Et comment gérer d'une manière complémentaire l'angoisse,

l'anxiété, la douleur, la faible estime de soi, la gestion des émotions, autant de symptômes inhérents à la pathologie addictive?

Dans l'hypnose, l'abord corporel est complémentaire du travail psychologique. Ainsi, et de manière un peu réductrice, j'ai pu dégager de cette première séance d'hypnose un travail sur le corps, le relâchement physique, les sensations, tout comme la première séance de suivi individuel psychologique préalable a pu initier, voire poursuivre, un travail d'ordre psychique.

L'addiction est un comportement qui a fonctionné pour le patient, voire l'a aidé à un moment de sa vie. Le patient addict exerce un contrôle, parfois même supprime la notion de mouvement ou de changement afin de réduire l'incertitude sur un système et pour ne pas perdre ce comportement qu'il a pu considérer comme « salvateur » à un moment de sa vie. Nous pouvons donc voir cela comme des obstacles au changement, avec des patients prêtant attention à leur discours intérieur, statiques, et se focalisant sur le produit ou le comportement addictif. La diminution de la censure et des phénomènes d'adaptation en hypnose permet au patient de diminuer son discours intérieur pour lui proposer autre chose, et lui permettre une exploration de lui-même. Ce fut visiblement le cas lors de la troisième séance, au cours de laquelle il s'est laissé aller à l'exploration d'un environnement nouveau, en sécurité dans sa transe hypnotique.

Par ailleurs, cette expérience hypnotique nous est décrite comme « une expérience remarquable qui devient ainsi une expérience correctrice qui incitera par la suite le patient à se sentir plus confiant, à devenir toujours plus actif dans le processus de changement » (38). Lors de cette dernière, le patient apprend à se focaliser sur lui, ses ressentis, *ses mouvements internes*, permettant un décentrage du sujet par rapport à son mode de fonctionnement. Le patient lui-même décrira, lors de la deuxième séance de suivi individuel psychologique et en parallèle avec son éducateur référent, ces (ses) blocages, semblant s'estomper petit-à-petit.

Le discours plaqué, stéréotypé du patient addict agit comme un mécanisme de défense qui lui permet de ne pas rentrer pleinement dans la relation à l'autre, de ne pas s'impliquer, car cela l'inquiète, le désécurise. Son rapport au temps est altéré, avec des difficultés de projection dans l'avenir. Le phénomène hypnotique permet un autre mode relationnel, basé sur la confiance mutuelle entre le patient et le praticien et situé dans un autre espace-temps centré sur l'imaginaire et la créativité, de manière à ce que le praticien fasse « expérimenter au patient sa propre capacité de changer, son potentiel évolutif, de manière profitable et tolérable, même si cela doit passer par des victoires et des défaites » (39). L'Hypnose consiste à comprendre la réalité du patient, coller à cette réalité et entendre ses arguments. C'est un travail d'équipe.

L'observation est également un critère primordial dans le déroulé d'une séance d'hypnose. Le non verbal peut être tout aussi parlant et apporter un certain nombre d'informations quant au bien-être du patient pendant la transe. J'ai ainsi, en plus d'observer la respiration et les mouvements oculaires de Monsieur P., fait appel à de nombreuses reprises au signaling idéo-moteur.

G. Salem (1997) nous dit que « tout être humain ressent quelque incertitude quant à la clarté des messages qu'il transmet et éprouve le besoin instinctif de vérifier comment ces messages sont reçus, pour compléter sa propre perception de ce qu'il vient d'émettre. En même temps, la réaction ou réponse (feedback) que provoquent nos messages chez l'interlocuteur nous informe sur sa disposition. Ainsi, quand l'hypnothérapeute cherche à vérifier l'adhésion du patient à telle suggestion, il ne se contente pas de guetter ses propos, mais observe surtout les gestes, mimiques et autres signaux corporels inconscients ». Il ajoute que « de ce fait, il s'ajuste au patient comme celui-ci s'ajuste à lui, ce qui va modifier graduellement et subtilement le statu quo qui prévalait entre eux. De la sorte, leur communication va continuer sur une nouvelle base, autrement dit un nouveau contexte relationnel » (38).

Ce besoin de mouvement, je commençais également à le ressentir moi-même. Il s'est matérialisé dans un premier temps par le changement de mon placement vis-à-vis du patient. Je me tenais dorénavant à ses côtés et non plus en face de lui. Cela m'a permis, avec Monsieur P., mais aussi avec d'autres patients, de me sentir plus en phase plus facilement, dans un esprit d'avancer ensemble, de pouvoir calquer ma respiration sur la leur, et réciproquement. Ainsi ai-je remarqué par deux fois un ralentissement du rythme respiratoire du patient pour s'adapter au mien. Un début d'explication est peut-être à chercher du côté d'E. Rossi et de la théorie des neurones miroirs (utilisés par exemple lorsqu'une personne baille par mimétisme après en avoir vu une autre le faire).

Erickson démontra que l'hypnose se voulait permissive, moins dirigiste. Ce principe m'a été illustré non sans surprise lors de la deuxième séance d'hypnose, avec non pas la création d'un lieu sûr par le patient, mais d'une *chanson sûre*, chanson qui se révéla par la suite utile dans une situation difficile. Monsieur P. a pu expérimenter un succès en dépassant par lui-même ses pensées « limitantes ».

Cette remise en mouvement(s) passe également par celle de ses croyances, parfois fausses et infondées. Par exemple, l'arrêt total du produit ne signifie pas que le patient n'aura plus d'envies du tout. Cela est faux. Il est important de recadrer le patient dans la réalité.

Ce qui a été le cas de Monsieur P. dans notre quatrième et dernière séance, où le patient a pu verbaliser ses doutes, ses craintes d'une rechute. Aussi ai-je d'une certaine manière recadré, au début de l'entretien, sa peur de l'échec d'abstinence en écart, moins culpabilisant pour le patient et moins destructeur pour l'image de lui-même. Avec le recul, il aurait néanmoins été judicieux de renforcer les compétences du patient dans la séance d'hypnose qui allait suivre, via l'utilisation de métaphores, comme celle des premières chutes en vélo et autres apprentissages précoces pouvant passer par des périodes d'essais et d'erreurs jusqu'à une certaine maîtrise. Je n'ai cependant pas eu ce réflexe.

A chaque séance, il est important d'actualiser la problématique du patient: le changement se fait dans « l'ici et le maintenant », et non dans le passé. Monsieur P. semblait « prêt à vouloir passer à autre chose », selon ses termes, et souhaitait compléter ce travail de deuil commencé des années auparavant, « comme pour terminer quelque chose » selon lui. Une séance très riche en émotions de part et d'autre, dont l'enregistrement vidéo, prévu pour étayer mon mémoire, n'a malheureusement pas pu aboutir. Cela me paraissait judicieux dans le sens où il n'y a personne de mieux placé que le patient lui-même pour décrire ses sensations et le vécu de cette expérience. Là, n'est au final pas l'important pour le patient qui semble avoir effectué un très bon travail pendant cette dernière séance avec moi, pendant laquelle ce deuil ancien s'est peut-être transformé en force pour Monsieur P.

F. Roustang (2002) nous apporte que « Parce que tout se transforme, vieillit et meurt, s'il (l'individu) est dans la disposition (liée à la pratique de l'hypnose), il est apte aux remises en cause radicales de ses idées, de ses valeurs, de ses certitudes. Il n'est pas à l'abri de la peine, de la souffrance, des déchirements ; mais tout cela, il le prend comme des occasions d'inventer encore sa vie, les autres, ses tâches ». (40)

Dans cette dynamique, le patient a su prendre ce dont il avait besoin, auprès des différents professionnels, dans une sorte de « jeu de ping-pong », ou plutôt de « danse quasi hypnotique », dans des espaces donnés différents. Travailler sur le corps, ses perceptions, ses ressentis, lui ont permis de prendre conscience de ses capacités (il a su exprimer à plusieurs reprises sa satisfaction vis-à-vis de lui-même: « je suis fier de moi »), de ses compétences qu'il a déjà pu et pourra probablement encore par la suite appliquer et transposer à certains autres endroits de sa vie quotidienne, via l'aide et le travail de mes collègues.

Je laisse donc Monsieur P. après cette quatrième séance, espérant l'avoir aidé à se créer quelques *recettes différentes* et exploiter certaines de ses ressources internes afin de pouvoir prendre soin de lui et réactiver ses compétences après la sortie de notre établissement. Avec les quelques semaines de recul que j'ai à présent, j'ai pu constater du changement chez lui :

une réactivation de sa motivation, mais également une certaine dynamique retrouvée dans les échanges et les liens avec les autres, y compris avec moi. Son visage plus ouvert au fur et à mesure des semaines, ses sourires, notamment à mon égard lorsque nous pouvions nous croiser, pouvaient presque être interprétés comme une sorte de complicité. C.G. Jung (1953) décrit la relation thérapeutique patient/praticien comme un rapport et une interaction entre deux systèmes psychiques. Dans cette relation, l'un ou l'autre des protagonistes ne peut prétendre juger l'autre, ni même évaluer sa personnalité; ce que le praticien peut faire, c'est de donner la possibilité au patient de s'exprimer aussi complètement que possible, de sorte qu'il puisse trouver l'expression « vraie » de lui-même, en tenant compte de ses propos dans ses propres présupposés (41). Cette sorte d'asymétrie de la relation du quotidien tendait à changer, à devenir plus symétrique, *sur une même hauteur, voire longueur d'ondes*.

De plus, après la sortie du patient ma collègue psychologue poursuivra le travail débuté ici en suivi individuel dans une prise en charge ambulatoire en C.S.A.P.A., ce qui le rassure grandement.

Concernant Mme C., l'unique séance réalisée avec elle était balisée d'avance et, comme pour Monsieur P., validée par la psychiatre du service. La dynamique ici instaurée a résidé dans deux choses: le caractère unique de la séance, à un instant « T » de la prise en charge globale de Mme C. où elle était en proie à un « déferlement d'émotions » selon ses dires et en lien avec le suivi psychologique, et la séance en elle-même, réalisée debout. Cette séance avait également pour porte d'entrée les émotions, avec une identification rapide de dominantes verbales, comme la colère. Une colère jaillissant de l'intérieur vers l'extérieur de manière incontrôlée.

L'hypnose peut être vue comme une médiation, un moyen de mettre en lien notre partie intérieure et notre conscience. Ici, la notion de « renfort » transparait dans l'utilisation de la méthode hypnotique. On pourrait presque oser dire que la séance a servi de tuteur, de complément d'outils que la patiente a pu s'approprier pendant son hospitalisation dans la structure.

Il est également étonnant de voir avec quelle facilité, au même titre que Monsieur P., la patiente a su s'adapter à cette dynamique et à cette technique nouvelle pour elle. Il ne lui aura en effet fallu que quelques secondes pour parvenir à atteindre un état de transe hypnotique. Elle a visiblement su « regarder à l'intérieur d'elle-même » et trouver les sentiments négatifs, mais aussi positifs, qui l'envahissent habituellement et est parvenue à les faire cohabiter de manière harmonieuse.

Il aurait pu être judicieux, là aussi, de lui proposer de réaliser elle-même par la suite des séances d'autohypnose afin de renforcer le travail effectué pendant la séance et de le rendre peut-être plus pérenne.

2. *CHANGEMENT DE POSTURE ET DE CADRE*

L'hypnose a-t-elle sa place en addictologie ? Indubitablement ! Elle fait même écho à ma propre place au sein de l'équipe soignante. Si cette dernière n'a pas pris plus d'importance, ni une place centrale et est encore moins devenue *magique*, cette formation m'a permis d'être peut-être un peu plus curieux et ouvert aux autres, changeant ainsi la dynamique interactive dans laquelle j'étais avec les collègues, peut-être même avec les autres en général. Nous croisons tous les jours une population addict diverse et variée, la plupart du temps des personnes très instruites avec un fort niveau de connaissances. Cette relation avec les patients nous apporte chaque jour de nouvelles choses.

En tant que soignant, il ne faut pas rester enfermé dans nos propres croyances, nos causalités. En définitive, on ne sait jamais ce qu'il se passe réellement à l'intérieur du patient pendant une séance d'hypnose, malgré nos intentions. Tout juste peut-on, du moins en ce qui me concerne, l'extrapoler à travers certains de nos enseignements et notre expérience. Au-delà de la technique pure, nécessaire, la porte d'entrée dans l'hypnose, est le patient lui-même. Si Monsieur P. semble avoir bien réagi aux différentes séances par exemple, ce ne sera certainement pas le cas d'autres patients.

Cette formation m'a apporté un approfondissement de mes connaissances sur l'humain, sa psychologie, son mode de fonctionnement, et permis d'en apprendre de nouvelles, pour mieux « ne pas savoir » par la suite avec le patient parfois et l'accepter. Mon champ d'expertise n'est pas celui de la psychothérapie. Néanmoins ce D.U. d'Hypnothérapie, et l'apport de ce nouvel outil, me permettent de comprendre avec sûrement plus de recul et de discernement ce qu'il peut se jouer dans d'autres sphères du soin que celle dans laquelle j'exerce habituellement. Ma pratique de la relaxation en groupe en est un exemple. Durant ces séances, nous sommes amenés à utiliser, mes collègues et moi-même, différents protocoles pouvant contenir certains termes à connotation involontairement négative. Nous avons pour projet de les retravailler d'une autre manière.

L'utilisation de ce nouvel outil et ma contribution aux soins apportés aux patients via ce prisme hypnotique m'apparaissent comme complémentaires à la prise en charge du patient dans sa globalité. Une bonne partie de l'équipe soignante semble partager cette idée et ceci est

peut-être renforcé par le fait que certains de mes collègues ont pu expérimenter l'hypnose de leur côté. Je ne pouvais espérer meilleur soutien.

Durant cette formation et l'écriture de ce mémoire, je me suis rappelé Florence Nightingale qui, infirmière de son état et sur le front de la guerre de Crimée au XIX^{ème} siècle, devait sûrement se poser beaucoup moins de questions lors des soins prodigués aux blessés et que cela devait être plus de l'ordre de l'instinctif que de la réflexion. A-t-on perdu cette spontanéité et cet instinct au fil du temps? Ou l'ai-je perdu seulement moi? La pratique de l'hypnose tend à ramener ces mécanismes instinctifs, presque naturels.

Comme sous-entendu en amont, plein de bouleversements auxquels j'ai encore peu de réponses pour le moment se produisent en moi. Devant cette « ébullition de questions » que je peux me poser (dixit mon directeur de mémoire) certaines premières réponses se dessinent, d'autres pas encore. De nouvelles questions, même, se greffent encore aux premières sans réponses pour le moment. J'ai par exemple pu me rendre compte des « pointes » d'humour glissées tout au long de ce travail. Cela fait peut-être juste écho à ma manière d'être au quotidien avec les patients, avec les personnes en général et avec lesquelles je me dis que, même si nous ne pouvons pas « plaire à tout le monde », l'humour peut être une porte d'entrée communicationnelle. Ce mode d'entrée dans la relation, parfois « dédramatisant », paraît même presque universel tant les patients peuvent y être réceptifs. J'utilise également maintenant volontiers un langage plus imagé et accorde une attention plus particulière aux mots que je peux utiliser au quotidien avec les patients, avec les autres. Je me dis aussi que, même si j'ai pu changer certaines de mes habitudes, mon cadre, mes postures, ma nature profonde, elle, ne semble pas avoir changé. Ou peut-être que si finalement?

3. LIMITES DE L'HYPNOSE DANS MA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

A travers ces derniers mois et l'utilisation de cette nouvelle pratique, j'ai pu identifier certains facteurs limitants. Le premier identifié est à chercher du côté même de ma profession. Le quotidien infirmier se compose de temps d'internat et de nombreux imprévus. Il n'est donc pas facile de pouvoir prévoir à l'avance une séance, malgré certains créneaux aménagés avec l'aide de mes collègues. C'est pourquoi, la plupart du temps, la proposition de séance d'hypnose avec un patient ne se fait que quelques heures auparavant, voire un ou deux jours avant dans le meilleur des cas. Et même avec ce fonctionnement, il m'est arrivé à deux reprises d'annuler une séance au dernier moment suite à un imprévu à gérer dans le service. Il y a donc matière à réflexion et une possibilité d'optimisation de ce point de vue-là.

Concernant le temps d'internat, soit avant 8h30 le matin et après 19h, et les week-ends complets (ce qui a aussi pour conséquences que nous sommes moins présents certains jours de la semaine), les infirmiers se retrouvent seuls dans le service. Si l'horaire matinal peut sembler moins judicieux et propice à une séance d'hypnose, cela n'est pas le cas du soir et des week-ends, ou certains maux ou états anxieux peuvent survenir chez les patients (peur de l'ennui, ruminations anxieuses au moment du coucher, etc...). La permanence du service fait qu'il est alors impossible de gérer cela avec des séances formelles d'hypnose, sous peine d'être interrompus régulièrement. Une approche plus conversationnelle est alors bien évidemment envisageable.

Mais au-delà de mon décret de compétences infirmières et des limites institutionnelles, les limites sont avant tout celles que nous sommes capables de nous poser nous-mêmes. Cela permet également de situer les limites de mon intervention hypnotique. Nous avons tous été confrontés un jour à un patient avec lequel nous ne « savions pas comment nous y prendre » ou que nous « ne sentions pas ». Il apparaît alors en ce qui me concerne que je ne m'engagerai pas dans cette voie dans ces situations. Une manière de contourner cette limite serait alors de passer le relais à un autre membre de l'équipe. Peut-être par exemple en échangeant sur ce type de situations avec ce (ces) dernier(s) afin d'avoir un autre éclairage sur le patient, et donc une autre porte d'entrée hypnotique possible, ou bien en réorientant la demande auprès de quelqu'un d'autre.

4. QUESTIONNEMENTS ETHIQUES

Malgré un travail global d'autonomisation des patients reçus dans notre structure, nous avons pu observer d'expérience une sorte « d'effet cocon » chez ces derniers, en lien probable avec les semaines d'hospitalisation dans un cadre contenant et bienveillant, et la relation soignant/soigné (sur)investie par les patients. Le contraste avec la sortie de la structure de soins et la réintégration de ceux-ci dans leur quotidien est vécu comme difficile par certains patients, avec un « retour à la réalité souvent compliqué » selon leurs dires. Alors comment positionner l'utilisation de l'hypnose dans tout cela ? Je me suis questionné, sur le rôle de l'outil hypnose: ne peut-il pas renforcer, voire exacerber cette « effet cocon » ?

Reprenons le cas de Monsieur P., qui nous a démontré avoir de (très) bonnes dispositions et capacités d'imagination et de travail sur lui-même. J'ai pu faire le constat que la prescription de tâches et d'exercices d'autohypnose était certainement venue de manière trop tardive dans ma prise en charge. Malgré les ressentis et changements que je pouvais récolter au début de

chaque séance, j'ai proposé au patient des exercices à faire lui-même après la troisième séance seulement, et ne l'ai revu qu'une seule fois après cela. S'il dit avoir réussi à « se détendre tout seul » et « en avoir été surpris », le fait qu'il parvienne à me verbaliser ses craintes quant à sa sortie est un élément que j'interprète comme un relais tardif par l'autohypnose, qu'il aurait pu s'approprier plus tôt, développer avec moi au fil des séances, et ce dès la première.

Nous pourrions également interpréter ses paroles comme un « je ne suis pas assez prêt », me renvoyant à la notion de dépendance affective pouvant se créer, particulièrement dans ce contexte protecteur hospitalier. Je suis aidé en cela par le discours d'autres patients, avec lesquels j'ai pu travailler en utilisant l'hypnose en parallèle de ce mémoire: « Seul(e), je n'arrive pas à faire les exercices », « Quand vous n'êtes pas là, ce n'est pas pareil, je n'arrive pas à me détendre » sont des phrases qui ont pu me revenir. Est-il alors possible, en osant aller sur cette piste, de parler d'une sorte « d'hypno-addiction », qui renverrait à un lien transférentiel surinvesti? Le patient pourrait ainsi probablement retrouver un type d'attachement particulier dans la relation praticien/patient. Ce sentiment est-il majoré par les sensations procurées par la transe hypnotique? L'intérêt de l'autohypnose est de responsabiliser son patient en lui rappelant, ou plutôt en le laissant s'imprégner petit-à-petit de l'objectif final d'autonomie, qu'il pourra puiser quand il le souhaitera ou en aura besoin dans ses propres ressources, sa propre richesse intérieure. Il m'apparaît alors important de travailler sur la séparation, le lien, comme j'ai pu le faire avec celui qui unissait Monsieur P. à cette personne/cet objet lors de sa dernière séance d'hypnose. Il pourrait être intéressant d'aborder autrement ces séances d'autohypnose qui peuvent sembler difficiles pour ces patients, probablement du fait de leur pathologie addictive. Par conséquent, il apparaît que ces patients bien souvent dépendants affectivement aient du mal à effectuer ce genre d'exercice et à obtenir un état de transe satisfaisant et assez long pour les satisfaire.

Si l'on se place d'un point de vue cognitivo-comportementale, nous pourrions rapprocher l'apprentissage de l'autohypnose à une sorte de « coping », sous formes d'un nouveau type d'exercices ou de jeux de rôle.

Parfois un patient addict se met en mouvement pendant une séance, dans son imaginaire mais n'en fait rien par la suite en dehors de cela. Il peut alors être intéressant de proposer des passerelles aux patients, une manière de se décaler vers d'autres pratiques, comme celles proposées dans notre structure telle que la sophrologie et que le patient pourrait investir d'une autre manière.

L'autre point concerne la limite parfois floue entre l'utilisation du processus hypnotique et son non usage. Depuis le début de ma formation, j'ai pu constater, lors de certaines séances de

relaxation animées par mes soins, que le discours des patients post-séances révélait des éléments étonnants. Certains patients avaient tendance à « partir loin » pendant les séances, d'autres à avoir eu le ressenti d'une séance de « quelques minutes seulement », etc... Ai-je alors modifié sans m'en rendre compte ma manière de faire? Est-ce que je le faisais déjà avant et que j'en prends seulement conscience maintenant que je suis un peu plus familier de l'hypnose? Il est en tout cas fort possible que cette sensation de distorsion du temps, de profonde détente, soit également dépendante des patients, de leur réceptivité mais aussi de ce qu'ils ont déjà pu apprendre lors des séances de relaxation précédentes. Nul doute que certains patients ont expérimenté durant celles-ci un état de conscience modifié, hypnotique, ou non, plus ou moins profond. Comme dit plus haut, le langage employé, verbal et non verbal, a son importance dans notre interaction avec les autres. Les mots, les gestes et les postures peuvent induire tout un tas de choses chez l'autre. Alors, lors d'une discussion, discutons-nous seulement? Ou faisons-nous de l'hypnose conversationnelle de manière automatique sans le savoir ? Je pourrais présumer que cela est le cas parfois.

5. L'HYPNOSE AU PRESENT ET AU FUTUR

Comment m'approprier la méthode hypnotique ? Tout d'abord en l'intégrant, en l'adaptant à ma pratique infirmière quotidienne. Je n'en suis pour le moment qu'à mes balbutiements hypnotiques. Par exemple, le « plaquage » de certains scripts et les préconçus de mon début de formation ont certainement limité la portée thérapeutique, du moins bénéfique, de mes interventions, avec peut-être des choix non judicieux. L'appropriation de cet outil passera donc également par une individualisation encore plus poussée de son utilisation; preuve en est avec mon « lieu sûr » que je voulais « dégainer » avant même la première séance, avant de me raviser. Pour le moment, je n'ai pu encore mettre en pratique certaines utilisations de l'hypnose, comme par exemple la gestion de la douleur.

Malgré cela, il y a déjà eu depuis le début de cette formation, avec le peu de recul que je peux avoir, de nombreuses expériences hypnotiques avec plusieurs patients. Citons par exemple le cas de celui présentant une immobilité d'un doigt depuis environ un an l'empêchant de jouer d'un instrument de musique: une prise en charge conjointe d'un point de vue psychologique avec ma collègue et hypnotique pour ma part (deux séances, le patient ayant fini son séjour peu après) lui ont permis de retrouver une mobilité correcte, du moins à court terme, et de jouer à nouveau.

De nouvelles réflexions, en marge de l'élaboration d'un protocole de prise en charge par l'hypnose au sein de mon établissement sous une direction médicale, émergent régulièrement. Ce travail en collaboration, cette complicité professionnelle nouvellement installée avec ma collègue psychologue également formée en hypnose a par exemple été poussé jusqu'à l'intérieur même de deux séances d'hypnose. Nous avons donc réalisé deux séances à « deux voix », sans préparation préalable, avec un patient dont nous sommes les deux référents (psychologue pour elle et IDE/éducateur référent du patient en ce qui me concerne) et avec qui une grande relation de confiance s'est déjà installée. Outre le côté certainement régressif symbolisé par notre binôme et en lien avec l'histoire de vie du patient, ce dernier rapporte avoir « vécu de belles expériences ». Cela a également été notre cas.

Mon quotidien d'infirmier me fait également voir les patients lorsqu'ils sont parfois au plus mal, en crise. L'abord conversationnel de l'hypnose est à mon sens également une piste intéressante à développer auprès des patients, afin de faire « redescendre la pression » et de gérer d'une manière peut-être plus sereine, calme et non-médicamenteuse ce type d'urgences.

Par ailleurs, les discussions avec mes collègues, et particulièrement ceux formés en hypnose avec lesquels j'échange régulièrement, pourront possiblement donner lieu à la mise en place de séances d'inter-vision, voire de « supervisions informelles » et régulières, dans le but de réajuster et d'améliorer ma pratique.

V) CONCLUSION

Le caractère chronique des pathologies addictives au sens large du terme, fait que nous sommes, et serons certainement amenés à croiser durant notre carrière beaucoup de patients que nous connaissons déjà: bien pour les uns, très bien pour d'autres, après quelques semaines, mois, voire années d'abstinence pour certains. L'apport de ce nouvel outil désormais intégré à ma pratique m'a permis de me décentrer, de prendre ne serait-ce qu'un peu de recul. Qu'il y a-t-il eu de différent, peut-être de nouveau ? Y a-t-il eu un déclic à un moment ou à un autre entre deux hospitalisations pour ces mêmes patients ?

A travers le temps, les choses changent. Le patient sera peut-être prêt à faire autrement? Aura-t-il acquis de nouvelles compétences, de nouvelles possibilités afin de pouvoir être autonome et se débarrasser ou, de manière moins ambitieuse, vivre avec cette addiction, et non plus la subir ?

Le type d'approche que j'ai pu utiliser jusqu'à maintenant avec ces patients, centrée sur la solution, sur l'utilisation de leurs ressources internes a pu s'avérer utile, à défaut de suffisante. Cependant, cela n'est certainement pas la seule approche qui soit pertinente à un moment donné de la prise en charge du patient.

Que pourrais-je alors faire à mon échelle ou à l'échelle de l'équipe même, afin d'apporter des outils supplémentaires à ces patients en quête de paix avec eux-mêmes? Chaque patient est différent, unique, chacun avec sa propre histoire, ses propres blessures, et nécessitera une prise en charge adaptée.

Au sujet du travail en collaboration, D. Corydon Hammond écrit: «Enfin, je voudrais souligner que l'hypnose est souvent encore plus efficace quand on la combine à d'autres interventions (non hypnotiques). L'hypnose est comme toutes les autres techniques ou modalités médicales ou psychologiques : son efficacité n'est pas égale pour tous les problèmes et tous les patients. Il est donc d'une importance capitale de ne pas être identifiés en tant qu'« hypnotistes », mais plutôt en tant que psychologues, médecins, dentistes, travailleurs sociaux, thérapeutes conjugaux ou familiaux, infirmières anesthésistes, etc..., qui utilisons l'hypnose comme l'une de nos modalités d'intervention, parmi nos autres outils cliniques » (42).

Je pourrais me laisser aller au fait que l'hypnose peut se décliner en autant de *recettes*, ce qui me renvoie au principe même de l'alchimie, d'un mélange savamment dosé de deux ou plusieurs ingrédients dont les effets et les saveurs ne s'ajoutent pas, mais se multiplient, se décuplent pour des résultats parfois surprenants. Si la « logique » voudrait que nous attendions un résultat particulier (ce qui est le principe même de la cuisine), ce dernier peut parfois être surprenant et ne pas être du tout celui escompté par le praticien. Cette « non-maîtrise » du résultat oblige par ailleurs ce dernier à se remettre constamment en question. En ce qui me concerne, cela passe par l'échange régulier, la collaboration avec mes collègues. Et, tel l'apprentissage réussi du vélo, j'espère que cela ne pourra ni se perdre ni s'oublier.

Ma propre grille de lecture infirmière est celle du soin, de la relation, de l'écoute, de la verbalisation et l'observation des ressentis et émotions des patients. L'hypnose permet de se mettre en relation avec le monde du patient addict, de le voir autrement que dans ce rôle, c'est-à-dire dans sa globalité. Ce que je peux avant tout apporter aux patients, à mon échelle, c'est du confort, de la réassurance et du bien-être à un moment de leur prise en charge globale qui tend à les faire avancer dans leur processus d'élaboration et leur compréhension d'eux-mêmes. Cela passe parfois par des moments difficiles, qui peuvent les bousculer, les heurter dans leurs croyances et leur sensibilité.

Prendre soin des autres passe aussi par le fait de *prendre soin de soi*, et inversement. Cela vous concerne également, chers lecteurs de ce mémoire. Dans quel contexte êtes-vous actuellement pour le lire ? Peut-être est-ce entre deux consultations de patients ? Chez vous devant la télévision ? Ou à tout autre endroit... Mais plus important encore, êtes-vous bien installé?

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Henderson V. Principes fondamentaux des soins infirmiers: S. Karger Basel; 1969
- 2) Belli, R F, Loftus E F. The pliability of autobiographical memory: Misinformation and the false memory problem. In: Rubin DC. Remembering our past: Studies in autobiographical memory. New York: Cambridge University Press; 1996. p. 157–179
- 4) Havecker C. Le Temps du rêve : La Mémoire du peuple aborigène australien: Editions du Rocher; 2003
- 5) Jordis C. Bali, Java, en rêvant: Folio; 2005
- 6) Rogers CR. L'approche centrée sur le personne: Ambre Editions; 2013
- 7) Feldmann G. Les addictions: Armand Colin; 2011
- 8) Valleur M. Modèles psychologiques de compréhension des addictions. In: Reynaud M. Traité d'addictologie: Lavoisier; 2016. p. 95
- 9) Gowing L. Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report; 2015
- 11) Goodman A. Addiction: definition and implication: Br J Addict; 1990. 85: p. 1403-1408
- 12) Marlatt G, Gordon J. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors: New York, Guilford Press; 1985. p.128- 200
- 13) Guedeney A. Petite enfance et psychopathologie : Elsevier Masson; 2014
- 14) Bergeret J. La dépression: Payot; 1984
- 15) Khantzian E. Treating addiction as a human process: Jason Aronson; 2007
- 16) Schultz W. Multiple reward signals in the brain. Nat Rev Neurosci; 2000. 1: p. 199-207
- 17) Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice: Am J Psychiatry; 2005. 162: p. 1403-1413
- 18) Koob GF, Le Moal M. Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis: Neuropsychopharmacology; 2001. 24: p. 97-129
- 19) Volkow ND, Li TK. Drug addiction: the neurobiology of behavior gone awry: Nat Rev Neurosci; 2004. 5 : p. 963-970
- 20) Dematteis M, Pennel L. Théories neurobiologiques de l'addiction. In: Reynaud M. Traité d'addictologie: Lavoisier; 2016. p. 56-67
- 21) Aubin HJ, Skanavi S. Modèles cognitivo-comportementaux des addictions. In: Traité d'addictologie: Lavoisier; 2016. p. 104-106
- 22) Thorndike E. Educational Psychology: The Psychology of Learning. New York: Teachers College Press; 1913
- 23) Bandura A. Social learning theory. New-Jersey: Prentice-hall; 1977

- 24) Beck A, Wright E, Newman C, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse. New-York: Guilford Press; 1993
- 25) Skanavi S., Laqueille X., Aubin HJ. Mindfulness based interventions for addictive disorders: a review *Encephale*; 2011. 37: p. 379-387
- 26) Zuckerman M. Behavior expression and biological bases on sensation seeking. New York, Cambridge: University press; 1994
- 27) Eysenck H. A model for personality. Berlin: Springer Verlag; 1981
- 28) Pedinielli JL, Rouan G, Bertagne P, Psychopathologie des addictions. Paris: PUF; 1997
- 29) Garet JJ. Le grand livre de l'hypnose et de l'autohypnose: Leduc S. Editions; 2015. p. 11-15
- 30) Bioy A. L'hypnose: PUF; 2017
- 31) Janet P. L'automatisme Psychologique, essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine: Felix Alcan; 1889
- 32) Erickson M, Rossi E.L, Rossi S.L. Hypnotic realities: Irvington Publishers; 1976
- 33) Bioy A. L'hypnose: PUF; 2017. p. 25
- 34) Lapassade G. La transe: PUF; 1990. p. 3
- 35) Bioy A, Michaux D. Traité d'hypnothérapie: Dunod; 2007
- 36) Chauffaut D, David E. La notion d'autonomie dans le travail social : l'exemple du RMI :CREDOC. Cahier de recherche n°186; 2003. p. 17
- 37) Brosseau G. L'Hypnose, une réinitialisation de nos cinq sens: InterEditions; 2012
- 38) Salem G, Bonvin E. Soigner par l'hypnose: Elsevier-Masson; 1997. p. 30
- 39) Duncan Barry L, Miller Scott D. Le client héros de sa thérapie. Paris: Satas; 2003
- 40) Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose?: Les Editions de minuit; 2002
- 41) Marc E. Le changement en psychothérapie: Dunod; 2002. p. 81
- 42) Hammond DC. Métaphores et suggestions hypnotiques. Paris: Le germe; 2004. p. 8-26

RESUME

L'union fait la force! La remise en marche collective

Apport(s) complémentaire(s) et limites de l'hypnose dans la prise en charge pluridisciplinaire et en collaboration d'un patient addict

Comment, pour des patients parfois dans le « circuit des soins » depuis plusieurs années, leur apporter une approche nouvelle? Les voir non plus à travers leurs addictions, mais plutôt dans leur globalité via un éclairage plus hypnotique pourrait en être un des moyens.

Je me propose dans ce mémoire d'aborder d'un point de vue infirmier la pratique de l'hypnose au sein d'une structure recevant des patients avec leurs propres histoires de vie, leurs propres vécus. J'ai pu, par ce travail, me rendre compte de leur sensibilité, de leurs capacités d'imagination et de travail qui ont pu leur permettre de se remettre en mouvements, dans un contexte de prise en charge pluridisciplinaire, sécurisant et bienveillant. Se confronter à ses « vieux démons » dans un espace d'élaboration psychique n'est pas chose aisée. La technique hypnotique apparaît alors comme un moyen complémentaire, une rampe, afin de permettre à ces patients de gravir marche après marche l'escalier qui les mènera vers une véritable autonomie.

Seul le patient est capable de transformer ses craintes et ses doutes en **force**.

Mots clé: Hypnose, Collaboration, Infirmier, Addiction, Mouvement