

Ce document numérique est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

L'Institut Français d'Hypnose a pris soin de demander son accord à l'auteur avant de diffuser ce document.



Hypnose, relaxation et toucher thérapeutique : pour une pratique psychomotrice intégrative auprès de patients adultes

Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale et Clinique

Mémoire Octobre 2013

Université de La Réunion

Nathalie CONNEN de KERILLIS

Directrice de Mémoire : **Joséphine Syren**

Remerciements

Je remercie tout particulièrement Melle Vitry pour son soutien et sans laquelle je n'aurai pu réaliser ce diplôme universitaire.

La direction de mon établissement qui m'a suivi dans cette démarche ainsi que l'équipe médicale qui m'a laissé expérimenter, en toute sérénité.

Toute l'équipe de formation de ce DU pour la qualité de leurs enseignements, leur accessibilité et leurs encouragements.

Ma directrice de mémoire, Joséphine, pour ses conseils toujours éclairés et qui m'a ouvert le chemin...

Un grand merci aux patientes qui m'ont fait confiance dans ces premiers pas hypnotiques.

Merci à Mathilde, ma collègue et « co-sœur », pour son écoute toujours bienveillante et nos échanges constructifs.

Des remerciements tout spéciaux à mes proches, pour leurs encouragements, leur patience et leur aide si précieuse !!!

Sommaire

Introduction	p.4
I. Revue théorique des Travaux et Problématique	p.6
- Rappel : la psychomotricité, thérapie à médiation corporelle	p.6
- Les Pratiques psychocorporelles : mes outils de psychomotricienne	p.7
- La « rencontre » avec le patient : prélude à toute approche thérapeutique	p.8
1- L'HYPNOSE	p.10
2- LES TECHNIQUES DE RELAXATION	p.16
3- LE TOUCHER THERAPEUTIQUE	p.23
II. Méthodologie de la recherche	p.27
1) Présentation de la population	p.27
2) Cadre de la rencontre	p.28
3) Présentation des patients	p.29
III. Résultats et données cliniques	p.30
A- Présentation du déroulé des entretiens	p.30
B- Exposé des observations cliniques	p.44
IV. Discussion théorico-clinique	p.47
1- Rappel de la problématique	p.47
2- Confrontation des résultats à la problématique	p.48
3- Discussion éthique	p.50
4- Apport de cette étude	p.51
Conclusion	p.51
Bibliographie	p.53
Résumé	p.54

Introduction

Ma découverte de l'hypnose s'est faite de manière un peu fortuite puisque c'est seulement lors d'une formation sur la prise en charge de la douleur que j'ai « entendu » parler de l'hypnose. Lors de mes études celle-ci a simplement été abordée (années 80) et j'avais seulement en mémoire quelques images de la psychiatrie et du Dr Charcot.

J'exerce en tant que psychomotricienne dans un service de soins de suite et de réadaptation auprès d'adultes et de personnes âgées dont les pathologies sont variées puisque les patients viennent en post opératoire pour rééducation, convalescence, mais également pour des adaptations thérapeutiques, des séjours pour répit familiaux (personnes atteintes de démences) et nous accueillons des personnes en soins palliatifs. C'est donc une pratique bien spécifique de la psychomotricité que je me dois d'exercer puisque celle-ci est davantage connue pour la rééducation auprès d'enfants et d'adolescents, utilisant essentiellement les exercices psychomoteurs, sur un mode relationnel passant par le jeu sous toutes ses formes.

J'ai donc orienté ma pratique vers la relaxation pour bon nombre de prise en charge, surtout auprès des personnes anxieuses, dépressives, douloureuses et en soins palliatifs. En effet c'est tout l'enjeu de la psychomotricité que de réconcilier ces personnes avec ce corps vécu comme douloureux, morcelé, dégradé, limité...corps ressenti, corps imaginé, image du corps. La psychomotricité étant bien une thérapie à médiation corporelle, passant par le corps afin de restaurer les fonctions psychiques et affectives.

C'est ce qui en fait sa richesse et sa spécificité au regard d'une prise en charge purement médicale et technique où le corps du patient est trop souvent perçu comme un objet de soins, où la personne elle-même est trop souvent considérée comme un corps malade et déficient.

La relaxation m'a permis d'avoir une approche différente dans une structure de soin médicalisée. Depuis la rencontre avec le patient, l'entretien avec une écoute active, dans un climat de bienveillance et d'empathie, la proposition d'un temps individuel, de bien être, de détente, de travail de prise de conscience afin de mieux vivre tensions, douleurs et difficultés. Mais dans certains cas, cette pratique me semblait insuffisante et limitée ; notamment dans l'accompagnement de patients douloureux , où je me sentais impuissante et démunie face, leur parlant de détente à éprouver alors que leur discours était envahi de plaintes corporelles...dans le suivi de patients en fin de vie, où

les symptômes comme dyspnée et « total pain (douleur totale) » me laissait sans propositions pour les soulager, sinon celles de les entendre et de les écouter. C'est à ce moment de réflexion que je « rencontrai » l'hypnose...

Lors de cette formation sur la douleur, ce médecin algologue et de soins palliatifs m'a entrouvert cette porte et je l'en remercie vivement. Il m'a permis de m'interroger davantage sur ma pratique et de m'ouvrir à d'autres possibilités thérapeutiques qui me correspondent profondément.

En effet, j'ai tout de suite senti que l'approche et la communication établie avec le patient correspondait totalement avec ma vision de la relation soignant-soigné empreinte d'humanité, d'égalité aussi, avec la position basse du thérapeute, mais j'ai également reconnu tous les principes d'accordage et de dialogue tonico-émotionnel chers aux psychomotriciens. Et j'ai également perçu très vite tout l'intérêt pour les patients que je prenais en charge de pratiquer l'hypnose...comme une révélation !!! Là où auparavant je me sentais limitée par mes connaissances, un peu à l'étroit dans une pratique peut être trop corporelle et par conséquent ne me permettant pas de « parler » ni de suivre mes patients en état de détente, j'ai découvert des possibilités tout autre et qui correspondaient totalement aux besoins de mes patients.

Malgré tout, la mise en pratique allait dépendre des patients rencontrés puisque, comme nous l'avons vu lors des cours, la suggestibilité des personnes est variable selon l'âge. Or la majorité de mes patients étant âgée, souffrant également de troubles cognitifs (légers à sévères), je m'interrogeais sur leur adhérence à « l'expérience hypnotique ».

C'est tout naturellement que j'ai utilisé l'hypnose avec une patiente plus jeune pour laquelle je prévoyais des séances de relaxation à l'origine. Celle-ci atteinte d'un cancer en phase évolutive souffrait de troubles anxieux et était très en demande de prise en charge. La détente lui semblait impossible à obtenir de manière volontaire et elle avait besoin d'un contact corporel afin d'y arriver. Je pratiquais donc un toucher thérapeutique en association. Mais devant l'anxiété ressentie par Mme avant chaque injection ou ponction je lui proposais un travail plus spécifique sur cette peur par l'intermédiaire de l'hypnose. Ce que je n'aurais pas pu faire auparavant ...tout comme je pouvais être très déstabilisé si un patient me parlait pendant une séance ou gardait les yeux ouverts. Tout comme je me suis sentie impuissante face au silence d'un patient en fin de vie, qui ne pouvait presque plus communiquer, souffrant d'une dyspnée importante mais demandait une présence...auquel je n'ai pu répondre que par un toucher thérapeutique et quelques paroles cherchant à connaître ses besoins. Alors que j'entrevois mieux maintenant ce qu'aurait pu être mon accompagnement par la transe hypnotique pour réellement apaiser l'angoisse que je lisais sur son visage.

Je voudrais dans ce mémoire vous faire part de mes réflexions, constats et interrogations sur ce que l'hypnose a apporté à ma pratique de psychomotricienne, de comment j'ai pu l'intégrer à mes séances, en pouvant y associer la relaxation et le toucher thérapeutique. De comment l'hypnose répondrait de manière plus efficace et plus adaptée aux besoins de mes patients. De comment l'hypnose m'aurait permis d'avoir une pratique plus globale et plus intégrative en m'ouvrant une grande porte...donnant accès à une infinité de portes, puisqu'ouvertes sur l'imaginaire, propre à chaque individu, me permettant d'avoir une pratique dans laquelle ma créativité peut s'exprimer et dans laquelle je me sens libre, plus à même d'aider le patient à trouver ses propres ressources, comme un guide ou un passeur.

I. Revue théorique des travaux et Problématique

Rappel : la Psychomotricité, thérapie à médiation corporelle

Avant d'en venir au détail de ma pratique il me semble nécessaire de définir la psychomotricité, celle-ci étant malheureusement souvent méconnue, ayant des limites il est vrai parfois qui peuvent paraître floues et imprécises. D'où l'importance de ne pas perdre de vue les objectifs recherchés par le thérapeute, « son intention ».

Le concept de psychomotricité est né au début de XXème siècle grâce aux découvertes des neurosciences et des apports de la psychologie génétique (J.Piaget). Elle étudie les interactions entre les fonctions psychiques et les fonctions motrices et biologiques. Mais également le lien entre les conduites motrices (gestes, postures, attitudes, façons d'être...) et les comportements de la personne. Il s'agit de prendre en compte la personne en interaction avec son environnement physique et sociale, l'être en relation.

Nous pouvons donc dire que la psychomotricité, basée sur le postulat de l'unité psychique et somatique, est une thérapie à médiation corporelle qui prend en compte le patient dans sa globalité et vise une rééquilibration psychocorporelle C'est toute sa spécificité que de travailler sur la sensorialité, les éprouvés et ressentis corporels afin d'identifier et de mobiliser les ressources motrices, cognitives et émotionnelles de la personne.

Malgré l'unité des travaux à l'origine de la psychomotricité celle-ci s'est scindée en trois grands axes qu'il nous faut différencier: L'éducation psychomotrice (préventive, ayant comme objectif d'assurer un développement harmonieux, cognitif, affectif et corporel par l'acte psychomo-

teur), la rééducation psychomotrice (rétablir le contrôle moteur volontaire par des exercices moteurs, de réapprentissage lors de troubles instrumentaux), la thérapie psychomotrice (utiliser le corps comme médiation afin de mieux vivre son corps, les relations avec soi et l'environnement).

Intervenant auprès d'adultes je suis surtout amenée à pratiquer cette dernière. Les approches psychocorporelles constituent un mode d'approche privilégiée qui vont permettre à la personne de se reconnecter sur ses ressentis corporels et par là même avec son vécu émotionnel.

La relation et la communication avec le patient est au cœur de la prise en charge et le thérapeute se doit d'instaurer une relation de bienveillance, d'empathie qui va également passer par la disponibilité psychocorporelle, d'importantes qualités d'observations, la congruence de ses attitudes et postures avec celles du patient.

Les approches peuvent être très différentes en fonction des patients, de leurs pathologies et surtout du psychomotricien (de sa personnalité, de sa formation initiale et continue, de ses préférences...) En effet la médiation corporelle peut passer par différentes approches qui peuvent aller de pratiques psychocorporelles comme la relaxation, la danse, le yoga, mais également se diversifier avec la musicothérapie, l'équithérapie, l'art-thérapie...

Les pratiques psychocorporelles : mes « outils » de psychomotricienne

En effet, les pratiques psychocorporelles représentent l'essentiel de ma pratique psychomotrice. « Ce sont des approches thérapeutiques qui placent le corps, la sensorialité au centre de l'émotionnel, du mental, de l'intellect...Revenir sur ses sensations, c'est commencer à lâcher prise, renoncer à la tentation du contrôle, changer de façon à ressentir le monde et les autres. » I.Célestin-Lhopiteau(1)

Mais bien au-delà du domaine médical, nous pouvons constater aujourd'hui à quel point ces pratiques sont de plus en plus recherchées par les êtres humains. Elles naissent du besoin de se détendre, de se relâcher, d'apprendre à mieux gérer ses émotions dans une société où la vitesse, la performance, la rentabilité les entraînent dans une spirale de stress, de pression vécue comme épuisante et angoissante. De plus en plus de personnes semblent prendre conscience de la nécessité de préserver ou de rétablir un équilibre harmonieux entre leur corps et leur esprit.

Dans le même temps les recherches des scientifiques se multiplient, prouvant les interactions entre psychisme et physiologie, tendant à prouver les effets indéniables de celles-ci dans certaines indications notamment dans la douleur chronique et aigue, l'anxiété.

Selon le Dr Nègre (2) 75% des patients en France utilisent les Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC) qui sont divisées en 4 thèmes : traitements biologiques naturels (plante, compléments alimentaires), pratiques psychocorporelles (hypnose, yoga, méditation), traitements physiques manuels (ostéopathie, chiropractie, massage, toucher massage), médecines énergétiques (médecine traditionnelle chinoise, indienne). Elle note très justement que « ce décalage entre l'utilisation des MAC par le public et l'absence d'offre de soin officielle dans les établissements de santé a justifié l'intérêt de la Haute Autorité de Santé qui les fait apparaître dans ses recommandations. Les MAC s'inscrivent dans cette idée de « médecine intégrative » où le lien intime entre psyché et soma est une évidence et un prérequis. »

Toutefois il existe certaines difficultés à rendre compte de l'action propre à chacune d'entre elles. Pouvant parfois être utilisées conjointement ou successivement dans des indications proches, ces pratiques se recoupent malgré leur base théorique quelque peu divergente. Il serait très intéressant alors, plutôt que de tenter de les opposer afin de quantifier la supériorité de certaines d'entre elles, d'objectiver les effets potentialisateurs de celles-ci. Et ce dans le souci constant d'offrir au patient la ou les médiations les plus adaptées à ses besoins et à son vécu.

Avoir une vision intégrative et globalisante de la prise en charge pour être dans un véritable « prendre soin » de la personne et l'aider à se reconnecter à ses propres ressources, voilà ce qui me paraît fondamental et ce vers quoi je tends dans ma pratique.

Je ne développerai dans cette partie que les approches que je pratique et pour lesquelles j'ai été formée : la relaxation, le toucher thérapeutique et tout récemment l'hypnose, en montrant à quel point il existe des liens et des interactions importantes entre elles, comment il peut paraître pertinent de les utiliser parfois de façons conjointes afin de répondre au mieux aux besoins des patients.

La « rencontre » avec le patient : prélude à toute approche thérapeutique

C'est un temps essentiel où le thérapeute se doit d'être tout particulièrement PRESENT, authentique. De cette présence, attention à l'autre va dépendre la qualité de la relation établie, la réussite de « l'alliance thérapeutique ».

Lors de ma formation initiale, nous avons surtout appris à OBSERVER la personne, l'observer dans sa présentation, dans ses attitudes, dans sa gestuelle, dans ses mimiques et expressions, tout particulièrement sensible à ce que nous nommons la communication non verbale. Il s'agit de faire véritablement une « lecture corporelle », de percevoir le rythme propre, la vitesse des mouvements, le mode de déplacement, l'investissement corporel. Mais il faut également être attentif aux paroles, non seulement aux mots mais à la manière de les dire, chuchotés ou affirmés, de manière fluide ou heurtée. Comme le dit JF Roustang (3) « La communication humaine ne se fait pas d'abord par le langage...les mots servent de voile à cette investigation silencieuse qui scrute les moindres mouvements du corps. »

Tout ce qui peut nous aider à mieux connaître la personne, à comprendre son histoire, à découvrir ses demandes, à replacer ses symptômes dans leur contexte. Tenter de mettre en parallèle les liens, même invisibles, entre ce qui est du domaine physique et psychique.

Mais avant tout c'est à la personne dans «l'ici et maintenant » que j'accorde toute mon attention, en m'intéressant à ses ressentis corporels, à son vécu, à ces moments précis de sa vie.

L'entretien peut se faire sur plusieurs rencontres, il ne s'agit en aucun cas de mener un interrogatoire, mais de se rendre disponible pour l'autre et de l'entendre, afin de lui proposer l'approche qui semblera le mieux lui convenir. S'ADAPTER est également indispensable pour soulager au mieux la personne, et ne pas avoir d'idées trop définies avant de commencer une séance est indispensable. S'adapter, être créatif et écouter l'autre en restant à sa propre écoute...c'est un réel travail d'apprentissage que doit faire le thérapeute.

Le psychomotricien par sa disponibilité psychocorporelle va créer un véritable « holding moteur ». A. Calza et M. Contant (4) l'explique ainsi : « Cette présence corporelle du thérapeute va être présence physique, enveloppe contenante, support. C'est toucher, maintenir, contenir, porter, parler, sans forcément le faire dans le concret. Attitude fondamentale d'attention et d'écoute où le regard joue un rôle primordial : le regard est « le cordon » qui lie, et signifie, et maintient le sujet, lui prodiguant l'énergie du thérapeute. »

Pour certains ce dialogue corporel est nécessaire avant d'entamer un travail psychothérapeutique avec un spécialiste. La parole ne pouvant se libérer, le travail corporel, en lien avec le tonus, va tenter d'« ouvrir » la personne en lui permettant d'accéder à ses émotions. Pour d'autres il peut se faire conjointement.

1 - L'HYPNOSE

L'hypnose comme nouvelle approche psychocorporelle m'a été « révélée » réellement lors de cette formation universitaire et m'est apparue immédiatement comme relevant d'une approche uniciste de l'être humain. Ce qui m'a renvoyée directement à ma formation initiale et à ma pratique professionnelle. A ma conception du « prendre soin » en prenant en compte l'individu dans sa globalité.

Mais qu'est-ce que l'hypnose en réalité ? Comment la définir et l'expliquer de manière simple et rassurante afin de la rendre intelligible pour tous et donc praticable ? Car dans l'esprit du grand public, la réputation de l'hypnose est encore associée à des phénomènes mystérieux, opaques, voir même sulfureux.

L'hypnose serait, en fait, l'accentuation d'un état psychique banal, comme celui d'être absorbé dans la contemplation d'un feu de cheminée, qui nous entraîne dans une sorte de rêverie, présent physiquement, et loin dans nos « pensées »...dans un « ici et ailleurs ». Comme de nombreuses tâches quotidiennes aussi effectuées de manière automatique, parce que répétées et connues et qui nous permettent de ne pas être totalement présent à celles-ci (conduire une voiture, effectuer des tâches ménagères, pratiquer certains sports ...). Un état que nous connaissons tous, où notre vigilance fluctue et qu'Ernest Rossi expliquerait par des variations régulières de celle-ci produites toutes les 90 mn. Mais ces trances spontanées et communes, bien que mettant en évidence la prédisposition de chaque individu, ne sont pas suffisantes à induire une « transe thérapeutique » et nécessite l'intervention d'un thérapeute.

a) Rappels historiques de l'hypnose : « hypnos » sommeil (grec)

L'hypnose a subi de nombreuses évolutions depuis son origine et différentes théories se sont succédées, chevauchées même parfois. Il semble en effet qu'elle existe depuis l'origine de l'homme et qu'elle définit un état. Qui n'a pas en mémoire les cérémonies des sorciers, chamans, guérisseurs réalisés dans un contexte très ritualisé, dans un climat de saturations sensorielles (musique répétitive, encens ou parfums, mouvements ou danses monotones...) ? Ainsi, même si le nom d'hypnose n'est apparu comme tel que bien plus tardivement, pour le Dr Chertok (cité par D.Michaux (5)) ainsi que pour T.Melchior(6) « l'hypnose est la mère de toutes les thérapies ».

Les manifestations provoquées par l'état de transe ont beaucoup évolué au fil des siècles. Les conceptions et théories aussi. Rappelons brièvement que c'est à F.A.Mesmer (Dr à Vienne) que l'on doit la découverte de l'hypnose en Europe au XVIIIème siècle avec sa théorie des fluides magnétiques (le déséquilibre des fluides provoqueraient les maladies). Il fut reconnu pour ses passes magnétiques, l'utilisation du baquet collectif où le malade était sujet à des crises convulsives avant d'obtenir la guérison. Puis son élève, le marquis de Puységur utilisa l'état de « somnambulisme magnétique », plus proche de la conception actuelle de l'hypnose, d'une forme de sommeil dit « sommeil lucide ». Ces pratiques ont été interdites peu avant la révolution française par crainte de débordements sociaux...

Au XIXème siècle, quelques médecins vont utiliser cette pratique lors d'interventions chirurgicales comme le Dr Cloquet (1829) ou le Dr Elliotson (1843) pour une amputation de jambe, avec des résultats très probants. Mais l'arrivée des anesthésiants chimiques vont stoppée ces pratiques. Il faudra attendre un siècle pour que l'hypnose soit utilisée en complément de traitements médicaux lors d'hypno analgésie.

Parallèlement, elle connaît un grand succès dans le cadre psychothérapique bien qu'elle soit à l'origine de querelle théorique (entre l'Ecole de Nancy et Le Dr Charcot). Elle a largement influencé Sigmund Freud qui a préféré s'en détourner pour créer la méthode des associations libres et donné naissance à la psychanalyse. Ce qui peut expliquer le « déclin » de l'hypnose depuis le début du XXe siècle jusque dans les années 1980 en Europe.

b) L'hypnose moderne : l'hypnose Ericksonienne (7)

Aux Etats Unis, un homme a permis la réhabilitation et l'essor de l'hypnose, un homme au destin hors norme : Milton Erickson (1901-1980). Psychiatre et psychologue, il fut un grand praticien et a totalement « révolutionné » l'ancienne hypnose. Il a inspiré par la suite tout le courant des thérapies brèves, notamment la thérapie systémique et stratégique et la PNL (programmation neurolinguistique). C'est cette hypnose moderne qui est actuellement la plus pratiquée.

Milton Erickson pratiqua l'autohypnose sa vie durant pour lutter contre des déficits sensoriels (daltonisme et surdité) congénitaux, et des séquelles motrices dues à une poliomyélite contracté à l'âge de 17 ans. C'est grâce à ses observations, ses réflexions et ses exercices de visualisation du mouvement qu'il comprit le pouvoir de la suggestion. Aussi il modifia nombre de préceptes de l'hypnose classique :

- Il place le sujet au centre de la pratique, prône la non directivité et la permissivité bien que les objectifs thérapeutiques soient précis. Il va utiliser pour cela les métaphores et les suggestions indirectes.

- Il ne cherche plus le sens du symptôme ni à le rattacher au passé du patient (contrairement à la psychanalyse). La prise en charge est basée sur l'amélioration du symptôme tout en respectant la demande du patient.

- Le patient devient « acteur » de sa guérison. Le thérapeute cherche à l'accompagner, dans un souci de psychopédagogie, à l'amener à voir ses difficultés, à chercher ses propres solutions. Il veut permettre au patient de trouver ses propres ressources qui sont en fait les capacités d'adaptation et de changement de la personne.

- La relation avec le patient est au centre de la thérapie. Celle-ci est une véritable co-construction ; le praticien va s'appuyer sur les ressentis et le vécu du patient et prendre en compte tout ce que celui-ci amène. Il va même utiliser et contourner ses résistances par différents procédés (permissivité, yes-set, truisme, confusion..).

- Il n'y a pas de séance préétablie, le thérapeute doit être d'une grande adaptabilité et faire preuve de créativité pour être dans une relation dans « l'ici et maintenant ».

L'objectif essentiel de M.Erickson est d'amener le patient à un changement, concernant sa vision du problème, sa manière de le percevoir, ce qui va entraîner un changement de comportement. Ceci va être possible grâce à la transe, la relation privilégiée créée avec le patient et la mobilisation de ses ressources.

En France, après de nombreux doutes évoqués quant au succès de l'hypnose, et ses difficultés de reconnaissance (Dr Chertok dans les années 1970), on assiste actuellement depuis une vingtaine d'années à un regain d'intérêt pour celle-ci. Les succès expérimentaux peuvent être démontrés grâce aux progrès des méthodes d'imagerie médicale et des études de plus en plus nombreuses s'intéressent aux effets de l'hypnose.

L'auteur français qui influence actuellement l'hypnose est un psychologue, François Roustang, qui met le mouvement au centre de la pratique.

c) Définition de l'hypnose :

Définir l'hypnose n'est pas chose facile mais, selon A.Bioy (8) elle pourrait se définir de la façon suivante « Etat de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi ».

L'hypnose est en effet un état de conscience modifié, qui ne s'apparente ni à la veille, ni au sommeil, mais amène le sujet à une hyper attention à soi, à ses perceptions internes et à ses éprouvés corporels. On peut nommer cet état de « veille paradoxale » puisqu'il peut en même temps ressentir une forme de détente corporelle et une hyper vigilance sensorielle.

Et cet état va se produire dans la relation particulière avec un praticien, relation privilégiée qui va lui permettre d'accéder à une autre manière de voir ses difficultés et d'accéder à un changement.

Mais comment l'hypnose permet-elle d'accéder à cet état modifié de conscience ? Comment va-t-elle agir ? Pourquoi la qualité de la relation est-elle si nécessaire ? Quelles sont ses principales indications ?

❖ Le processus hypnotique : l'induction, la dissociation, la perceptude, le retour.

La phase initiale est celle de la fixation du patient sur son symptôme. Celui-ci est focalisé, souvent dans un état d'hypnose négative, que ce soit sur une douleur ou une souffrance psychique.

L'hypnose ne se propose pas de chercher d'explication ni justification au symptôme. F.Roustang propose pour y parvenir de porter attention au corps, de revenir à la sensorialité, à la notion de posture et de mouvements. « Lorsque je vois le patient s'installer de lui-même confortablement dans le fauteuil, je sais que la séance est bien engagée, l'essentiel est fait ». J.M Benhaïem (5)

♦ **L'induction** à l'état de transe hypnotique :

L'induction consiste à focaliser la personne sur ses perceptions sensorielles, en partant de l'environnement (bruits, sons extérieurs, voix du thérapeute) pour le ramener à ses propres sensations internes (respiration, sensations corporelles, émotions, souvenirs...). Il s'agit de l'amener à une déconnexion, à modifier la relation qu'il établit avec lui-même et son environnement. Le ramener à ses ressentis corporels pour l'éloigner de sa raison, de l'intellectualisation de ses difficultés et lui permettre de retrouver un mode plus intuitif de relation à lui-même et aux autres.

♦ **La dissociation** :

C'est en entrant dans un mode de perception différent que la personne va se « dissocier » (mais elle peut déjà l'être si elle est submergée par l'anxiété ou la douleur par exemple). Pouvoir être là

et ailleurs, ressentir et s'observer. Elle va pouvoir l'emmener vers cet état nommé « perceptude ». Mais celle-ci ne sera possible que si le patient adhère aux suggestions du thérapeute,

- ♦ **La perceptude** (J.F Roustang) :

Le patient va pouvoir accéder à son imaginaire grâce à cet état d'hyper sensorialité retrouvée. Il s'agirait selon lui de retrouver « une harmonie, une circulation de vie », de ne pas seulement imaginer des perceptions mais de les ressentir et les vivre.

Les diverses suggestions permissives ou indirectes faites par le praticien et les métaphores vont être un moyen pour remettre le patient en mouvement, lui permettre de se décaler face au symptôme, « de faire un pas de côté » afin qu'il se positionne différemment par rapport à celui-ci (recairage).

- ♦ **Le retour :**

La personne revient à une sensorialité ordinaire, tout en gardant les modifications apportées pendant la séance.

Mais ce qui m'a tout particulièrement intéressé est l'aspect relationnel de l'hypnose, l'hypnose Ericksonienne notamment, puisque d'autres comme Charcot ou Mesmer semblaient l'avoir occulté. Freud lui l'avait décrit et l'avait nommé « transfert » par la suite. T.Melchior (4) le nomme « rapport » à l'hypnotiste. C'est ce lien qui va permettre au patient d'accepter les propositions et suggestions, de les « mettre en œuvre s'il en est capable et s'il est suffisamment motivé pour le faire ».

- ❖ La relation de confiance :

Elle peut s'apparenter à une « alliance thérapeutique », où les deux partenaires travailleraient avec les mêmes objectifs définis au préalable. Mais on peut dire que cette notion va encore bien au-delà avec la notion d'empathie (Carl.Rogers) puisqu'elle consiste à ressentir, de manière intuitive le monde interne du patient sans le confondre avec le sien. Comme le précise A.Bioy (8) « l'empathie n'est pas une technique mais un état relationnel. ». Cet état est facilité par l'état dans lequel se trouve le praticien d'ouverture à l'autre, d'écoute et d'observation.

L'hypnose m'a permis de prendre conscience de ce que je pratiquais déjà et surtout de m'ouvrir encore davantage à un mode de communication différent : la communication analogique (qui concerne la communication non verbale mais aussi la place, le rôle de chacun...) qui est le propre de la communication hypnotique. De comprendre pourquoi il est important et nécessaire de découvrir le canal préférentiel de la personne, de mesurer davantage l'impact des mots du thérapeute chez la personne fragilisée par ses douleurs et craintes (ne pas parler en négation).

- ♦ Le VAKOG (visuel, auditif, kinesthésique, olfactif et gustatif) utilisé lors de la phase d'induction demande au préalable d'avoir détecté chez la personne son canal préférentiel.

Les informations qu'elle va nous donner tout au long de nos rencontres par l'intermédiaire de la façon dont elle va reconstruire un souvenir, des mots qu'elle va utiliser (évoquant plutôt le domaine visuel, auditif, kinesthésique...), de la façon dont elle s'installe (priviliégiant le confort), dont elle est habillée (couleurs, forme des vêtements, présentation soignée, plutôt dans un souci d'esthétique ou alors de confort si la personne accorde de l'importance aux sensations kinesthésiques).

- ♦ La synchronisation est ce qui va nous permettre d'instaurer cette relation de confiance et de qualité indispensable à toute démarche thérapeutique. Synchronisation du langage : parler sur le même registre que la personne afin de nous faire comprendre et qu'elle se sente comprise, mais également synchronisation de notre gestuelle, de notre respiration. Il s'agit d'être en congruence avec soi-même et avec le patient afin de l'accompagner au mieux et de pouvoir l'emmener à cet état de transe hypnotique.

- ♦ Une fois la transe établie il va alors être possible de « l'orienter » T.Melchior (6) c'est à dire de passer du « pacing » (harmonisation) au leading (orientation selon Erickson), de l'amener à modifier certains comportements.

L'hypnose va donc permettre au patient de mieux vivre ses difficultés. Elle ne se propose pas de faire disparaître les symptômes ni de « guérir », mais de réaménager la manière de percevoir ceux-ci et d'entraîner un changement de comportement par rapport à eux. Dans de nombreux cas, elle va modifier les troubles somatiques et psychiques.

Selon son domaine d'action et le thérapeute qui va la pratiquer l'hypnose va être adaptée et utilisée de manière différente.

❖ Ses indications principales :

Elles sont dans le domaine de la **douleur** (aigüe, chronique ou induite) où de nombreuses recherches attestent de son efficacité.

Selon A.Violon (9), l'hypnose est un moyen efficace pour modifier la perception de la douleur aigüe, le principe fondamental étant d'empêcher la centration sur la douleur. En douleur chronique, il sera important de replacer la douleur dans l'histoire de vie du patient et d'amener le patient à détailler celle-ci afin de travailler sur ses représentations (par la réification de la douleur). Grâce aux progrès de l'imagerie médicale on a pu détecter « un fonctionnement cérébral spécifique mettant en évidence l'intervention du cortex cingulaire antérieur dans la modulation de la perception douloureuse par l'état hypnotique »(1).

Elle représente une **approche psychothérapeutique** à part entière si elle est pratiquée par des spécialistes et va être utilisée en traitement des troubles phobiques, anxieux, des troubles de la dépendance...et fait partie des techniques utilisées dans le domaine du développement personnel.

2 - LES TECHNIQUES DE RELAXATION

La relaxation de «relaxatio » en latin est un terme très ancien qui signifie étymologiquement: action de relâcher, détente.

Le Dr Durand de Bousingen (10) définit ainsi cette notion :

« Les méthodes de relaxation sont des procédés thérapeutiques bien définis visant à obtenir chez l'individu une décontraction musculaire et psychique à l'aide d'exercices appropriés. La décontraction neuro-musculaire aboutit à un tonus de repos de base d'une détente physique et psychique. La relaxation est ainsi une technique de recherche d'un repos le plus efficace possible, en même temps que d'économie des forces nerveuses mises en jeu par l'activité générale de l'individu. »

Il existe une grande variété de méthodes mais je voudrais simplement citer les principales, datant des années 1930, à l'origine de deux courants différents : les méthodes globales d'origine psychothérapeutiques issues du TRAINING AUTOGENE DE J.H.SCHULTZ (inspiré de l'hypnose et utilisant des suggestions de chaleur, pesanteur) et les méthodes analytiques à point de départ physiologique issues de la RELAXATION PROGRESSIVE DE E. JACOBSON. Le seul véritable point commun entre elles réside dans leur finalité : par une détente neuromusculaire parvenir à une détente psychique. Il s'agit là de méthodes actives, basées sur la concentration autour de ses sensations propres, favorisant une prise de conscience corporelle, nécessitant un auto-apprentissage régulier et donc une motivation importante des patients.

Avant de noter les indications de ces pratiques, il semble intéressant, pour comprendre comment elles agissent, d'objectiver les modifications neurophysiologiques constatées.

a) Modifications neurophysiologiques :

De nombreux physiologistes ont cherché à comprendre à quoi correspondaient les sensations ressenties par le patient en état de relaxation. Elles sont de deux types : physiques (pesanteur, chaleur, relâchement neuromusculaire), cérébrales (profondeur de l'état de déconnexion, images mentales...). Ils ont tenté d'établir des parallèles entre ces signes subjectifs et ceux objectifs quanti-

fiables. Les modifications neurophysiologiques dues à la relaxation sont mises en évidence par l'EEG, l'électromyogramme, quelques tests psychologiques et plus récemment par l'IRM. Mais les examens sont difficiles à réaliser car les conditions de la relaxation sont fragiles et il faut tenir compte des différences individuelles.

La relaxation intervient à 2 niveaux :

- voies descendantes : cortex (par la concentration et la volonté du sujet à se détendre) → inhibition de la substance réticulée → inhibition de la boucle gamma (motrice)
- voies ascendantes : détente musculaire → influx sensitifs et sensoriels → inhibition de la substance réticulée → déconnexion corticale

En fait ces deux mécanismes, relâchement musculaire et déconnexion mentale sont en interaction circulaire. De plus, la substance réticulée possède des fonctions de coordination pour la production de mécanismes complexes comme la déglutition, la salivation, la respiration.

b) Modification du système nerveux autonome :

Il préside aux phénomènes de la vie végétative (non consciente, perçue seulement si douleur). Il est dirigé essentiellement par l'hypothalamus qui est le « cerveau végétatif » et agit par l'intermédiaire de ses 2 systèmes : sympathique et parasympathique. On peut observer des modifications de ces fonctions au cours de séance de relaxation : baisse de la tension artérielle, baisse de la fréquence cardiaque, augmentation de la température, diminution de la fréquence respiratoire, augmentation de la circulation périphérique, ralentissement des ondes cérébrales pour atteindre le rythme alpha.

c) Relaxation et Image du corps :

Mais il est impossible de réduire la relaxation aux seules modifications neurophysiologiques aussi il nous faut aborder la notion d'Image du corps : « elle désigne les perceptions et représentations mentales que nous avons de notre corps comme objet physique mais aussi chargé d'affects. Elle est l'aspect imageant du corps et appartient à l'imaginaire, à l'inconscient, avec comme support l'affectif. » Schilder cité par M.Guiose (11)

Quand nous savons à quel point cette image du corps est malmenée pendant la maladie, combien le corps douloureux peut être source de morcellement, de mise à distance, il paraît im-

portant de prendre ce temps de redécouverte de sensations unifiantes, gratifiantes, enveloppantes pour un mieux vivre et un mieux-être psychique.

Les conditions de la relaxation, la relation avec le thérapeute (dialogue tonico-émotionnel), le retour aux éprouvés corporels va permettre d'agir sur cette Image du corps. En effet, le lieu propice à la détente, la position allongée souvent adoptée, le relâchement corporel éprouvé, la voix du thérapeute *vont favoriser un état régressif chez le patient*. Comme l'explique Marc Guiose(11) : « plus que les mots dont le sens n'est pas toujours perçu, la voix du relaxateur est omniprésente. Les patients évoquent ce véritable bain sonore avec ses aspects enveloppant, soutenant, calme, accompagnant. Cette expérience est caractéristique du monde du nourrisson.»

La voix, bienveillante, calme, lente, douce ainsi que le regard, très présent tout au long de la séance, le toucher (qui peut ou non avoir lieu) font référence à des comportements de maternage, restructurant et apaisant pour la personne parce qu'en lien direct avec la fonction narcissisante de l'Image du corps.

Puisque les conditions que j'ai évoquées plus haut, sont celles retrouvées en début de séance d'hypnose : relation de bienveillance du thérapeute, attention portée aux sensations corporelles, voix omniprésente, gratifiante, rassurante, abaissement du tonus musculaire, certains auteurs ont supposé qu'il existerait bien une *dimension régressive dans l'hypnose*. Léon Chertok nous explique Thierry Melchior (6), voit dans la communication hypnotique quelque chose comme une symbiose primitive qui s'opère. Et qui aurait une valeur positive contrairement à une régression pathologique.

N'étant pas psychologue clinicienne de formation, j'évoquerai simplement le transfert auquel fait référence M. Guiose (11) dans son ouvrage tant il semble se jouer dans l'expérience de la relaxation. En effet, la relation qui va se créer à travers les mots et la sensorialité vécue par le patient (et le relaxateur) va lui permettre de vivre une expérience affective sécurisante et narcissisante en référence à des éprouvés corporels archaïques.

Mais la relaxation a également une fonction contenant dans le sens de W.B.Bion cité par M.Guiose (11) « processus de transformation intime qui permet que des sensations et des émotions impensables deviennent pensables, puissent être contenues dans une activité de pensée, au lieu d'être purement et simplement évacuées dans des actes ou déviées vers des atteintes somatiques... ». La fonction du « Moi-Peau » comme « pare-excitation » Didier Anzieu (11) serait ainsi renforcée par la relaxation. La personne se sentant ainsi contenue peut ainsi arriver à se libérer émotionnellement tout en supportant cet envahissement d'affects.

Bien au-delà du simple relâchement neuromusculaire nous pouvons voir que la relaxation va aider la personne à s'adapter aux situations difficiles en lien avec sa maladie et à ce titre elle fait partie des stratégies de « coping ». Elle va renforcer son Image du corps et donc l'estime d'elle-même, permettre une libération émotionnelle, retrouver des sensations d'apaisement à travers une relation de soutien.

d) Les indications principales de la relaxation :

- le stress et l'anxiété : la relaxation permet un meilleur contrôle du stress et une meilleure gestion émotionnelle. Or l'anxiété va majorer les symptômes de nombreuses pathologies d'où le grand intérêt qu'elle présente.
- la douleur : recommandée par l'AENES pour un meilleur contrôle de celle-ci et une réduction de la prise médicamenteuse
- l'hypertension
- l'insomnie
- troubles dermatologiques

e) La relaxation psychosomatique de J.B Soubiran :

Ma pratique :

Personnellement j'ai été formé à cette méthode qui est globale, non directive, non interprétative, et vise à autonomiser la personne, à développer ses propres ressources.

La séance commence par un entretien. Au-delà de la première « rencontre » il s'agit toujours d'être dans une relation d'aide, de soutien, dans cette disponibilité à l'autre.

Suit le temps de l'installation où le patient est invité à choisir la position de son choix (allongé en décubitus dorsal ou ventral, assis). La séance peut se dérouler dans la salle de psychomotricité (lieu calme, lumière douce) ou en chambre. Les paroles du thérapeute invitent à se détendre, à prendre conscience du corps, de la position, de la respiration, à se centrer sur soi, ses perceptions, ses sensations...quelques minutes en mots avant de « laisser » la personne à l'écoute d'elle-même dans le silence et l'immobilité.

Le thérapeute est présent, proche, en état de relâchement également et d'observation. Il peut effectuer quelques mobilisations passives afin de contrôler l'état tonique de la personne, résistances ou relâchement musculaire. Ses quelques commentaires peuvent permettre un rétrocontrôle et induire un plus grand relâchement. Fréquemment la personne me dira que c'est après mon passage qu'elle a commencé à réellement se détendre...et on peut s'interroger sur l'importance du toucher que je développerai ultérieurement !

Le temps de la séance est gérée par la personne elle-même, pouvant durer de quelques minutes seulement les premières fois jusqu'à 20 mn après un certain apprentissage, passant parfois par des phases d'endormissement.

Il s'agit là d'une méthode non directive puisqu'il n'y a pas de proposition de ressenti, juste une proposition à être à l'écoute de soi, présent à soi, à son corps...en laissant les idées traverser l'esprit, en les laissant passer.

Elle n'est pas interprétative puisque la verbalisation après la séance n'aboutit pas à des interprétations psychanalytiques dont je n'ai pas la compétence. Il s'agit de prendre en compte les ressentis de la personne, ses émotions, son vécu corporel et de les accueillir.

Les objectifs sont, comme dans la plupart des méthodes, de parvenir à une détente psychique grâce à une détente musculaire. C'est par une prise de conscience progressive de ses états de tension /relâchement, un renforcement de son schéma corporel que le sujet va y arriver. Mais on a vu également toute l'importance de la relation instaurée, des effets d'un certain état de régression, et des modifications au niveau de l'Image du corps.

J'évoque dès le début de la prise en charge l'intérêt de la méthode comme étant quelque chose que la personne pourra réaliser seule après quelques séances. Je lui explique l'importance de son rôle actif, m'identifiant simplement à un guide. En effet, il me paraît essentiel d'accompagner la personne et de la rendre autonome afin qu'elle dispose de ses propres ressources. Je l'invite donc à réaliser des exercices de relaxation seule, à des moments qui lui semblent le mieux adaptés.

En outre, contrairement aux méthodes de Schultz et de Jacobson qui nécessitent un apprentissage long et rigoureux, je propose aux patients une « expérience » de relaxation afin de les aider et de les soulager dans leurs difficultés. La durée de séjour fait que ma pratique ne me permet pas de les suivre sur un temps suffisamment long.

Comme l'explique le Dr Duclot A.M. (12) dans la revue « douleur », « le bien fait de la relaxation sera évalué par le patient lui-même qui se décrira comme moins tendu, moins émotif, il aura le

sentiment de mieux contrôler sa vie et la relation aux autres. Il décrira un état de mieux être corporel. »

Au vue des effets de la relaxation, je me suis posée la question de savoir si je pouvais utiliser cette pratique afin d'induire un état de transe. Puisque le relâchement musculaire, le retour aux sensations corporelles, la centration sur soi peut être un moyen pour créer un état dissociatif, je peux émettre l'hypothèse de l'utiliser comme induction à une séance d'hypnose. Et poursuivre ensuite l'« expérience hypnotique » en suivant les préceptes de l'hypnose, ce qui pourrait me permettre de trouver des solutions à nombres de mes interrogations et limites. Allant au-delà des éprouvés corporels et mettant en jeu l'imaginaire, les souvenirs, les émotions des personnes...et mobilisant ainsi d'autres ressources !!!

Les limites de ma pratique :

Car malgré les bienfaits ressentis par certains patients, leur vécu corporel positif, les images agréables associées, je me trouve aussi confrontée à certaines limites de ma pratique. Je suis en difficulté face à certain comportement, me sentant impuissante et m'interrogeant sur l'adaptabilité de la méthode.

- Méthode parfois peu adaptée aux personnes dépressives, passives, car ne sollicitant pas ouvertement leur participation.
- Certains patients ont des difficultés à rester immobiles et j'y vois une nécessité afin de parvenir à un certain relâchement musculaire.
- Leur difficulté à fermer les yeux.
- Le fait que certains ouvrent les yeux dès que je cesse de parler et reprenne la parole me déstabilise. Je me pense « vouée » au silence en séance.
- La prise de conscience corporelle volontaire difficile
- L'endormissement
- L'envahissement émotionnel important au cours de la séance car des idées angoissantes peuvent surgir quand les personnes sont centrées sur elle-même.
- Pas de soulagement ou peu d'amélioration des symptômes
- Pas de possibilité de « suivre » le patient quand il semble en état de détente.

- En relaxation, le corps comme médiateur n'est pas toujours bien accepté, notamment chez les personnes douloureuses, en fin de vie ou ayant des difficultés avec leur Image du corps. Une induction basée sur la sensorialité corporelle peut être mal vécue
- Comment proposer un sentiment de détente à quelqu'un qui souffre de douleur aiguë ? De symptômes très anxiogènes comme la dyspnée ? De « douleur totale » ?

Les apports de l'hypnose à ma pratique :

Je voudrais maintenant expliquer comment l'hypnose me semble répondre à un certains nombres de ces questions, élargissant mes capacités à accueillir les réactions des patients, me rendant plus créative, me permettant d' « oser », m'ouvrant à plus de liberté aussi bien dans les mots que dans les gestes. Pouvant parler, toucher, accompagner le patient dans le souci constant de m'adapter à lui et à ses besoins.

- L'hypnose a pour vocation de rendre les individus « acteurs. ». Les suggestions ou les métaphores à utiliser vont aller dans le sens d'un mouvement, d'un changement à opérer, d'une modification de leur point de vue.
- L'hypnose met le sujet au cœur de la pratique et part toujours de ce que celui-ci emmène. Aussi, même si il ne ferme pas les yeux, ne reste pas immobile, je vais partir de ce que j'observe, de ses comportements, les lui renvoyant de manière à les utiliser pour induire la transe. Il se sentira ainsi compris et accompagné. Il n'y a pas de directivité mais une manière d'utiliser et de contourner ce qu'apporte le patient. Ainsi il est toujours possible de trouver une manière de s'adapter et ainsi de se sentir moins déstabilisé par certaines réactions.
- La parole peut faire partie d'une séance d'hypnose et même permettre une véritable co-construction de séance. Elle n'est pas nécessaire mais si elle est présente autant s'en saisir afin de suivre le patient là où il se trouve. C'est une aide pour mieux l'accompagner.
- Le « signaling » (geste convenu comme réponse : mouvement de la tête ou d'une main) également permet de s'assurer que la patient est confortable, qu'il perçoit les suggestions et les suit.
- L'hypnose permet d'induire une transe par différents moyens (focalisation visuelle, auditive, confusion...) autres que les sensations corporelles.
- Si la personne au cours de la séance est débordée par ses affects je suis plus à même de les accueillir, de les nommer, de lui dire de les laisser la traverser.

- Si la personne ressent peu de soulagement, « l'expérience hypnotique » permet de dire que quelque chose a été tenté, que certaines modifications peuvent être infimes et apparaître à distance de la séance ou que parfois elles ne sont pas présentes. Mais l'intention du thérapeute est toujours perçue de manière positive !!!

Ainsi l'hypnose, bien qu'étant une pratique définie et structurée, ouvre le praticien sur une infinité de réponses possibles, s'adaptant au mieux au vécu du patient, puisque partant de celui-ci et l'accompagnant au plus près et au plus juste.

3 - LE TOUCHER THERAPEUTIQUE

Ce terme a été créé afin de différencier tout « contact » du psychomotricien du massage tel qu'il peut être réalisé par les masseurs kinésithérapeutes diplômés, dans un but essentiellement de rééducation. Les objectifs de cette médiation sont en effet tout autres, visant principalement à retrouver des **sensations corporelles structurantes et agréables, à restaurer l'Image du corps, à rétablir une communication** entre la personne et son environnement.

Depuis les travaux sur l'importance des interactions précoces mère-enfant, il a été reconnu que le lien d'attachement passe par le toucher, le portage, les enveloppements et l'ajustement corporel (toujours en référence au dialogue tonico-émotionnel). **L'humain ne peut se développer, se construire, sans toucher et être touché**. La main, la peau, le regard, le corps tout entier est une surface d'échange qui pour se nourrir a besoin du contact de l'Autre, et ce, tout au long de la vie. Je ne reviendrai pas sur les travaux de René Spitz (pédiatre et psychiatre) concernant les bébés soignés en pouponnière dans les années 1940 souffrant de carences affectives (« hospitalisme » et dépression anaclitique) et qui pouvaient mourir faute de la mise en place de ce lien, n'étant jamais portés, regardés, aimés, mais seulement nourris et changés !!!

Le toucher, premier né des sens au niveau embryonnaire est le dernier à disparaître. Mais il doit être stimulé pour préserver toute sa sensibilité. **Il permet à l'individu d'avoir conscience de son unité corporelle** et toutes les activités de la vie quotidienne lui renvoient des informations tactiles qui entretiennent la perception du schéma corporel et de l'Image du corps. On comprend mieux les difficultés éprouvées par les personnes malades, qui perçoivent des sensations toutes différentes de leur corps : douleurs aiguës (zone algique surinvestie) ou chroniques (entraînant par-

fois un désinvestissement ou à l'inverse un surinvestissement de la partie douloureuse), déficit d'informations kinesthésiques dues au manque d'activité motrice, à un alitement prolongé...

Or non seulement leurs perceptions internes sont modifiées, mais également le rapport au toucher de l'Autre.

a) Les trois types de toucher

Selon Y.Gineste et J Pélissier (13) nous recevons essentiellement trois types de touchers :

- Les touchers « utiles » : représentent la majorité des touchers reçus lors d'une hospitalisation. Souvent désagréables mais nécessaires (examen médical, soins...) .Parfois se sont les seuls touchers reçus d'une personne hospitalisée (par isolement familial, « peur » des proches devant le corps-maladie (branché, douloureux, non reconnu), personne âgée qui renvoie une image de dévalorisée du corps...) et ils sont insuffisants au regard de personnes qui ont besoin d'être soutenues psychiquement et « touchées » dans leur corps !!!
- Les touchers de reconnaissance, « validants » : vécus comme agréables à donner et à recevoir (accolades, poignées de mains, bises, baisers ...); ce sont ceux que nous vivons le plus souvent dans la vie quotidienne quand nous sommes en relation. Mais qui manquent souvent cruellement en institution !
- Les touchers agressifs : quand le but est de faire mal (agression...) Mais les personnes ayant des troubles cognitifs peuvent percevoir les touchers « utiles » comme des agressions et ne pas les accepter, entraînant des comportements d'agitation. Aider à une toilette en mettant visage contre visage, main dans la main, bras enveloppant, en attitude de berceement, afin de contenir la peur, l'angoisse, de murmurer doucement les gestes accomplis par l'aide-soignante, pour faire de ce temps utile un temps privilégié, de douceur, de tendresse.

b) Le toucher professionnel

« Tout l'art du soignant est de posséder un toucher professionnel qui, tout en étant utile, soit également un toucher de reconnaissance, porteur de bienveillance et de douceur, facteur de bien-être.

» Y.Gineste et J Pélissier (13)

D'où l'importance de « savoir toucher », de réfléchir à ce que nous mettons dans notre toucher, de sentir l'autre à travers lui...et surtout de nous laisser toucher par lui. Parce qu'il s'agit bien là d'un échange et d'être en relation. D'où l'importance de l'approche avec le patient que toute personne soignante devrait respecter. S'annoncer, regarder, parler pour entrer en relation avec une

distance acceptable, nommée distance personnelle. Avant de pouvoir pénétrer dans la « bulle » ou distance intime (voir les travaux de E.T. Hall) qui est celle des échanges proches, d'amitié, d'amour ou de lutte. Ainsi, hormis les entretiens, tous les actes « soignants » sont réalisés dans cet espace intime et ne pas en connaître la réalité peut être source de nombreuses souffrances (physique et psychique).

En effet, dans la plupart des soins les personnes sont mise en situation de dépendance : dépendance de ne pouvoir faire seule des gestes intimes, corps dévoilé, dénudé, intimité limitée, corps exposé, touché mais sans « autorisation » du patient, gestes automatiques, corps-objet, corps-corps !!! Corps régressé, dans une position d'infantilisation subie, sans autre choix possible...comme une violence faite à la personne contre son gré.

c) **Le Toucher thérapeutique**

Je pratique le toucher thérapeutique lors des séances planifiées dans la salle multi-sensorielle ou lors de séance réalisée dans la chambre du patient. Il s'agit toujours d'une proposition ou parfois d'une demande du patient. Mais avant tout il fait partie de ma relation au patient, il fait partie intégrante de ma pratique. Le toucher signe ma reconnaissance du patient.

En fonction de sa demande, il peut s'agir :

- **d'un simple contact de la main**, posée, rassurante. Et ce contact commence par la poignée de mains, à fonction sociale mais si souvent absente dans une structure. Parfois le patient « gardera » ma main pendant un long moment lors de l'entretien...
- **de « massages » du visage et du cuir chevelu** (en suivant les lignes de tension) mais aussi **des mains, et/ou des pieds**. En effet, la personne peut rester habillée et ces parties du corps sont facilement accessibles tout en étant très sensibles au toucher et entraînant des sensations de bien-être et de confort rapides. Les manœuvres peuvent être réalisées avec de l'huile odorante, renvoyant la personne à des réminiscences sensorielles antérieures, source de plaisir. Si celle-ci est douloureuse cette attention vers une autre partie du corps peut l'aider à diminuer la sensation d'intensité douloureuse.
- **d'un toucher plus contenant, enveloppant, global** sur toute la surface du corps, comme pour poser une limite à celui-ci (manœuvres symétriques), permettant de retrouver une unité corporelle faisant souvent défaut. La douleur étant à l'origine de sensations fréquentes de morcellement, d'éclatement. Les mains sont posées à plat, paumes en premier, avec une certaine intensité de pression. Il peut s'agir également d'effleurages afin de redonner des informations kinesthésiques. Les mouvements sont suffisamment amples, lents, éloignés

des zones intimes car il nous faut avoir à l'esprit que le toucher renvoie également à la sexualité. Le thérapeute se doit donc d'être très clair (dans sa manière de toucher, de se positionner, dans son intention de...).

- **d'un toucher par l'intermédiaire d'une médiation**, comme lors d'une toilette qui s'apparente véritablement à un soin. Faire éprouver à la personne un temps de détente, de plaisir grâce aux effets relaxants de l'eau. Lui permettre de retrouver au travers les gestes quotidiens une partie de son autonomie, de sa liberté d'action.

Les principales indications du toucher thérapeutique sont en rapport avec la composante anxio-gène chez des sujets douloureux (bien que mes compétences ne m'autorisent pas à masser une zone douloureuse), mais aussi chez les personnes présentant des troubles tonico-émotionnels, des troubles du schéma corporel et de l'Image du corps et en complément des traitements chez les personnes dépressives. Il peut également participer aux soins de confort et de bien-être, notamment pour les personnes en soins palliatifs.

Un patient en fin de vie peut retrouver et apprécier des sensations de maternage qui le renvoient à sa petite enfance...bercement, retournement, enveloppement, massages...sensations agréables, positives qu'il va éprouver à nouveau. Ce qui fait s'interroger Odile Gaucher (11) sur l'existence d'une « préoccupation maternante terminale » en faisant allusion à la préoccupation maternelle primaire de Donald Winnicott. Le besoin relationnel des personnes en fin de vie montre que ce qui est essentiel au début de la vie l'est tout autant à la fin. Il existe donc un vécu régressif lié au toucher. Mais il s'agit bien de valoriser ses sensations qui vont aider la personne à se sentir « vivante » jusqu'au bout, être présente à elle-même afin de puiser en ses propres ressources.

Le toucher thérapeutique va donc favoriser un certain relâchement musculaire grâce à la détente ressentie et favoriser le réinvestissement corporel source de revalorisation et de bien-être.

Mais c'est avant tout une manière « d'être » en relation avec l'Autre et comme le note A.Bioy et C.Wood (14) « le massage de confort en soins palliatifs est un outil d'accompagnement ».

Aussi, compte tenu les qualités du toucher thérapeutique, on peut penser qu'il peut être pratiqué lors d'une séance d'hypnose, lors de l'induction afin d'aider la personne à rentrer en état de transe ou tout au long de la séance si nécessaire.

Problématique :

Cette étude va s'interroger sur *l'éventuelle intégration de l'hypnose à d'autres pratiques, comme la relaxation et le toucher thérapeutique*. D'estimer la nécessité de leurs approches croisées, de leurs apports respectifs en termes de techniques et de pratiques, de leur « compatibilité » en somme. D'évaluer la pertinence de leur utilisation commune en fonction des objectifs recherchés.

Il s'agira également de déterminer *les apports de l'hypnose dans mon rôle de praticien*, savoir si son utilisation a provoqué des modifications dans ma posture, dans ma manière d'être à l'autre. Et de montrer si l'hypnose a pu transformer et améliorer « mon prendre soin » à l'Autre pour une pratique psychomotrice intégrative de meilleure qualité.

Les cas cliniques que je vais développer vont être le reflet de ces hypothèses, ma tentative d'appliquer ce qui me paraît si clair et évident d'un point de vue théorique. Mais la pratique est toujours différente...

II. Méthodologie de la recherche

1) Présentation de la population

J'exerce en tant que psychomotricienne dans un établissement de Soins de suite et de Réadaptation qui vient d'obtenir sa spécialisation en gériatrie. Les patients sont le plus souvent, en perte d'autonomie, douloureux, souffrant de troubles anxio-dépressifs. Nous accueillons également des personnes en soins palliatifs.

Bien qu'exerçant au sein d'une équipe pluridisciplinaire, le rôle d'une psychomotricienne est encore peu et mal connu. Elle pourrait être confondue avec le kinésithérapeute si elle travaille les troubles de l'équilibre et de la coordination, avec l'ergothérapeute si elle organise un atelier d'activité ainsi qu'avec la psychologue puisqu'elle s'entretient aussi longuement avec les patients. La psychomotricité étant au carrefour de ces disciplines elle se doit d'être lisible pour être reconnue, d'où l'importance de communiquer ses objectifs et de travailler en lien avec tous les soignants.

Pourtant sa spécificité est bien ce regard qu'elle porte à la personne dans sa globalité, son individualité, cette connaissance qu'elle souhaite avoir du sujet, tant du point de vue physique que psychique. Cette nécessité aussi de mettre en valeur les capacités de l'individu, de ne pas pointer les

manques, les déficiences, les symptômes, mais de valoriser, mettre en confiance, redonner l'envie, le goût, de rester « un vivant », malgré la vieillesse, la maladie, la douleur et parfois la mort.

Mais regard un peu perdu parfois, isolé, lorsque, trop souvent encore, le patient n'est vu qu'à travers ses symptômes, ses incapacités, ses demandes trop nombreuses et la lourdeur de sa prise en charge.

2) Cadre de la rencontre

Les prises en charge en psychomotricité se font sur prescription médicale.

- **Les indications principales** en SSR sont :

- les troubles anxio-dépressifs, réactionnels (suite aux différentes pertes vécues : deuils, perte des capacités, handicap récent, situations palliatives...ou à des douleurs chroniques) ou non.

- les troubles du schéma corporel et de l'Image du corps (liés aux différentes pathologies et/ou au vieillissement)

- les troubles cognitifs qui nécessitent un accompagnement spécifique et pour lesquels je fais des ateliers mettant en jeu la sensorialité et le corps.

Je vais donc rencontrer les patients pour un 1^{er} entretien, évaluer leur demande, estimer leurs besoins, attentes et la nécessité d'une prise en charge en psychomotricité (en groupe ou en individuel). Je leur explique, simplement, ce qu'est la psychomotricité et quel travail nous pouvons effectuer ensemble. C'est donc toujours une proposition de prise en charge d'où l'importance de créer une relation de confiance et d'exposer clairement au patient les objectifs recherchés.

- **Lieu des séances :**

La plupart ont lieu dans la salle multi-sensorielle. Celle-ci diffère volontairement des autres par sa décoration et son calme, ne voulant pas être une salle de « soins » (entendant par-là de soins médicaux et techniques). Le cadre se veut agréable, contenant, voir enveloppant, propice à la détente et centrée sur la sensorialité. Tous les sens vont y être sollicités ou peuvent l'être :

- visuel** : la lumière est modulée par un lampadaire halogène, ainsi que d'autres points, lumineux tamisés (la pièce est aveugle à la base). Une colonne à bulles à variations de couleurs peut être allumée. Des coussins de couleurs vives sont disposés sur le lit (qui ne ressemble pas à un lit médicalisé).Un projecteur de ciel étoilé peut éclairer une partie de la pièce.

- tactile** : le lit est confortable (matelas à mémoire de forme), les coussins à disposition.

- olfactif** : une lampe à huile peut diffuser le parfum choisi par la personne.

-auditif : la salle dispose d'un home vidéo permettant à la musique d'être répartie dans toute la pièce, donnant cette sensation de « bain sonore enveloppant ».

En revanche si la personne n'est pas en capacité de se déplacer, les séances peuvent être réalisées dans la chambre du patient.

3) Présentations des patients

Les deux cas cliniques dont il va être question dans ce mémoire sont des personnes atteintes de cancer, venues en convalescence post chimiothérapie ou en attente de chimiothérapie. Leur séjour s'est prolongé plusieurs mois puisque l'évolution de la maladie ne leur a pas permis pas un retour à domicile. La prise en charge s'est alors transformée en accompagnement en soins palliatifs. J'ai donc choisi ses patientes compte tenue de la gravité de leur pathologie, les nombreux symptômes associés vécus comme pénibles et l'anxiété massive souvent perçue.

En effet, de nombreuses études et réflexions (15 ,16) s'accordent à dire que les traitements médicamenteux ne suffisent pas à une bonne prise en charge des patients atteints de cancer et qu'il est indispensable de prendre en compte ses personnes dans toute leur dimension : physique, psychique, affective, émotionnelle.

Il ne fait aucun doute actuellement que les pratiques psychocorporelles, plébiscitées par les français eux-mêmes (15), représentent des « outils » privilégiés permettant non seulement un accompagnement de qualité, mais aussi une action sur la perception de leurs symptômes (douleurs, anxiété, nausées, vomissements...(16). Afin de procurer soulagement et une meilleure qualité de vie tout au long de la maladie.

- Mme Valmy

Mme Valmy, âgée d'à peine soixante ans, est atteinte d'une néoplasie ovarienne compliqué d'un carcinome péritonéale. Elle a été opérée il y a quelques mois et a suivi chimiothérapie et radiothérapie. Une récurrence est survenue récemment qui a nécessité une reprise de chimiothérapie. Elle arrive dans notre établissement suite au retrait de son PAC (port à cathéter) et en attendant une nouvelle séance de chimiothérapie. Elle a mal toléré la précédente et a présenté des pics fébriles. Elle vit seule, étant divorcée et sans enfants.

Selon le médecin Mme est « fragile » psychologiquement. Bien qu'informée du diagnostic évolutif elle a vivement réagi à la demande du médecin concernant les directives anticipées. Mme présente une phobie aux injections et aux aiguilles.

- Mme Line

Mme Line, âgée d'une soixantaine d'années, nous est adressée par le service d'oncologie pour prise en charge de tassement vertébral d'origine secondaire. Mme a été traitée il y a quelques années pour une néoplasie du sein par chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie.

Elle souffre de lombalgies depuis six mois, avec des irradiations en ceinture et des douleurs cervicales. Des lésions osseuses ont été retrouvées et on peut penser à une récurrence de son cancer du sein. Une reprise de chimiothérapie doit commencer dans quelques jours ainsi qu'une vertébroplastie.

Le retour à domicile est impossible, Mme vivant seule (divorcée, une fille en métropole) et ne pouvant pas se mobiliser. Elle est bien entourée par ses amis. D'origine étrangère elle vit à la Réunion depuis vingt ans. La patiente est au courant du stade évolutif du diagnostic.

III. Résultats et donnés cliniques

A-Présentation du déroulé des entretiens.

1) Mme Valmy :

❖ Première entrevue (3 jours après son arrivée):

Mme Valmy est alitée, a un visage expressif et se situe d'emblée dans l'échange mais qu'elle va contrôler. Il ne s'agit pas réellement d'un premier entretien qui va me permettre d'apprendre à connaître son histoire, son vécu. Mme a surtout des demandes qui semblent générer de l'anxiété. Elle s'inquiète de sa prise en charge médicamenteuse, voulant gérer elle-même la prise de certains médicaments (qu'elle semble très bien maîtriser) et se sent infantilisée par l'équipe soignante. Elle n'évoque aucune plainte corporelle mais est dans l'appréhension de ses épisodes fébriles qui retarderont éventuellement sa prochaine chimiothérapie. Par ailleurs elle a très mal vécu son arrivée dans la structure pensant aller dans un centre de repos et non pas dans un « hospice » pour personnes âgées. Elle commence juste à s'y sentir mieux et à éprouver de la confiance envers le personnel.

J'évoque la relaxation afin de lui permettre de mieux gérer ses émotions et son anxiété dans ces moments difficiles, qu'elle pourra effectuer également seule si cela lui convient. Mme est en de-

mande de prise en charge autre que les soins « techniques » et est d'accord. Mais elle m'explique la nécessité d'être massée pour arriver à une certaine détente et me parle d'échange d'énergie. Je ne lui présente pas encore l'hypnose, n'en étant qu'au début de la formation et me sentant encore trop peu formée.

❖ **La première séance : relaxation et toucher thérapeutique**

Elle a lieu dans la salle multi-sensorielle que Mme découvre et apprécie beaucoup. Elle choisit de s'allonger sur le lit agrémenté de coussins confortables et prend le temps de s'installer. Je note toute l'importance de la kinesthésie et voit là son canal préférentiel. Sur proposition, je mets en marche la colonne à bulles, diffuse un parfum d'huile essentielle (me dit qu'elle en vendait...seule allusion à sa profession) que Mme va choisir et lui propose de la musique de relaxation pour le deuxième temps de la séance.

Celle-ci se voudra être une séance de relaxation (type psychosomatique). Mais Mme Valmy regarde la colonne, ne ferme pas les yeux et parle dès que je cesse mes propos sur la prise de conscience corporelle. Elle me demande un massage qui sera en fait un effleurage du visage (toucher thérapeutique avec de l'huile de massage parfumée). Celui-ci provoque immédiatement la fermeture des yeux, suivi d'un certain relâchement musculaire et d'une respiration plus ample après de profondes expirations spontanée. Lors de la verbalisation Mme insiste sur « l'obligation » pour elle d'être touchée pour arriver à se relâcher. Son vécu de la séance est alors positif mais sa verbalisation est pauvre.

Pas de séance pendant un mois (suite à la formation en hypnose et à des congés)

❖ **2^{ème} séance : Hypnose et toucher thérapeutique**

Mme Valmy est vue dans sa chambre, alitée, fiévreuse (à sa demande elle maintient une poche de glace sur le front).

Elle est vue par l'équipe comme quelqu'un toujours très en demande de présence, d'écoute, de massages (réalisés aussi par certaines aides-soignantes, infirmières). La psychologue assure également un suivi avec Mme.

Mme est très anxieuse concernant la chimiothérapie prévue le lendemain, ne se sentant pas en capacité de la supporter si la fièvre persiste et ne voulant pas son annulation car la souhaite pour lutter contre la maladie. Elle parle en des termes de combativité. Elle évoque son appréhension concernant la pose de la perfusion, ayant « peur pour sa main » (qu'elle se masse en même temps) et les vomissements probables qu'elle vit très mal. Mme semble régresser et prend une voix de petite fille pour me demander les effleurages.

Je décide de pratiquer l'hypnose avec Mme, devant sa difficulté à être dans la prise de conscience corporelle et sentant son besoin d'accompagnement sur toute la durée de la séance. Je pense également à réaliser le « gant magique » pour lui permettre de mieux supporter ses injections mais je doute encore de moi et m'interroge également sur la réaction de Mme. Manque de confiance du débutant, patiente que je perçois comme voulant contrôler sa prise en charge et ne cherchant pas suffisamment à s'autonomiser. De plus je ne lui ai pas encore parlé de l'hypnose et je souhaiterais son accord explicite.

Je commence donc une induction VAKOG... « *Vous allez chercher la position dans laquelle vous êtes le plus confortable...elle ferme les yeux...modifie un peu sa position...pendant que je commence à toucher votre visage...ah oui ça fait du bien, ça me soulage...vous allez être attentive aux bruits que vous entendez autour de vous...bruits du couloir...murmure de la pièce...et ma voix...qui est là...qui vous accompagne...que vous allez entendre proche...ou parfois lointaine...c'est vous qui me direz...vous allez percevoir mes mains sur votre visage, leur fraîcheur ou leur tiédeur...sentir les mouvements qu'elles font...pendant ce temps vous pouvez percevoir...avec votre regard intérieur...les bruits de votre corps...votre respiration... le visage de Mme se détend, se décrispe, comme apaisé...voilà...comme ça...très bien...sentir l'air frais qui passent dans vos narines...qui descend le long de votre gorge...pour arriver à vos poumons...Mme prend de plus amples inspirations...et va faire gonfler votre ventre...et se dégonfler...tranquillement...à votre rythme...votre corps sait précisément la quantité d'air dont il a besoin...vous pouvez lui faire confiance...Mme a quelques frissons...tout en continuant de sentir mes mains sur votre visage... »*

Puis soudain le visage de Mme se crispe à nouveau, elle me dit avoir une contracture au niveau de l'omoplate et me demande d'appeler immédiatement la kinésithérapeute afin qu'elle lui fasse un massage. Je suis un peu décontenancée et vais chercher ma collègue que je sais toute proche.

Celle-ci commence à lui masser le dos et je décide de poursuivre l'hypnose puisque celle-ci me parle spontanément « d'une grosse boule » dans son dos.

Moi -Elle est comment cette boule ? De quelle couleur ?

Mme -Orange

-en quelle matière est-elle ? À quoi ressemble-t-elle ?

-En barbelés, oui c'est ça, c'est du barbelé !

-Que pourriez-vous faire pour qu'elle change ? Pour qu'elle devienne supportable ?

-La rapetisser....

-Si vous pouviez changer la couleur, comment serait-elle ?

-Je l'éclaircis. Je la dilue un peu.

-Avec du blanc...elle serait plus clair ?

-Oui...plus clair !

-et la matière en quoi la verriez-vous ?

- en coton. Léger.

-Pouvez-vous la sentir comme cela maintenant ?... cette boule qui est plus petite...qui a rapetissé...orange clair...en coton...est-elle supportable maintenant ?

-Oui, ça va mieux...c'est passé là !

Elle remercie la kinésithérapeute pour son massage. Celle-ci sort, Mme semble soulagée et me dit qu'elle sent que sa fièvre a diminué. Elle évoque ma présence et les effleurages comme la source de son mieux-être et espère pouvoir réaliser son traitement le lendemain.

(Une semaine après)

❖ 3^{ème} séance : Hypnose et toucher thérapeutique

Mme Valmy est contente de venir dans la salle multi-sensorielle, elle me demande de tout allumer (colonne, lampe à huile, ciel étoilé, musique avec les bruits d'eau). Elle prend le temps de s'installer, de regarder les éléments qu'elle apprécie tout particulièrement, me demande de mettre quelques gouttes d'huile sur l'oreiller. Elle s'allonge en décubitus dorsal, jambes en flexion, me demande si je peux lui masser le visage et les mains lors de la séance. Je me place derrière elle, à la tête du lit et commence la séance par une induction grâce au VAKOG tout en faisant des effleurages du visage.

Mme ferme les yeux immédiatement, a une respiration calme que j'évoque « *...vous pouvez sentir maintenant l'air qui descend dans votre gorge....doucement...et dans vos bronches...tranquillement...comme ça ...très bien...et peut être que celles-ci sont comme des branches....les branches d'un arbre....et que vous sentez les feuilles....**je le vois, c'est un gros arbre...oui c'est ça...un arbre puissant...il est fort...le tronc est large, gros...il est bien ancré dans le sol...avec des racines profondes ...et vous sentez son énergie, sa force, sa puissance....et les feuilles....elles sont petites mais toutes vertes...vertes et brillantes...oui ...je les vois...et***

les petites feuilles vertes et brillantes bougent sous la brise...tranquillement...elles se balancent...se laissent faire ...agréable...et vous pouvez percevoir la lumière tout autour...très clair ou plus nuancée...peut-être y a-t-il même de l'herbe en dessous...**il y a des animaux autour.. des vaches**...oui c'est ça, des animaux qui peuvent brouter dans l'herbe...ou juste être là...tranquilles...**des poules et des chiens aussi** ...et tout le monde est là, présent...il peut y avoir des gens aussi...ou non...c'est vous qui savez...(je m'assois à côté d'elle pour les massage des mains)...et vous sentez comme vous êtes confortable dans cet endroit, comme vous pouvez puiser l'énergie de l'arbre.....vous laissez cette sensation diffusée partout dans votre corps...le ciel est là.. **bleu, tout bleu**...Mme a le visage qui se crispe, comme si elle avait envie de pleurer...et parfois on peut percevoir des choses qui nous font penser à d'autres choses...il ne faut pas les retenir...les laisser aller...et si vous avez envie de pleurer...les larmes peuvent venir...on peut les accueillir...Mme ouvre les yeux...**je me suis vue, petite, sous l'arbre**...elle retient ses larmes...**courir avec mon père**...(régression en âge) ...oui on peut voir des choses.....c'est qu'elles ont besoin de venir... s'écouler.....il faut qu'elles s'écoulent peut-être..... **j'étais bien avec mon père**...oui...je sens que Mme se retient, cherche à se reprendre...vous pouvez...si vous le voulez...continuer.....mais Mme Valmy garde ses yeux ouverts, regarde la colonne lumineuse... je sens que l'émotion est forte et qu'elle ne veut pas retourner en transe et je décide de faire une réassociation...vous allez tranquillement regarder tout autour de vous...sentir votre corps...sa position. ..percevoir à nouveau votre corps sur le lit...et revenir à un état de perception des choses...normal...en prenant votre temps...elle regarde la colonne à bulles, dit apprécier ses couleurs, surtout certaines...et n'exprime rien de plus sur son vécu pendant la séance. »

Je lui parle de notre travail ensemble et lui explique que je pense pouvoir l'aider en faisant de l'hypnose, notamment pour l'aider à mieux vivre l'injection lors de la chimiothérapie, en « travaillant » sur sa main. Mme m'exprime ses craintes concernant sa peur de perdre le contrôle, d'être manipulée...je lui explique donc clairement que l'hypnose est un état spontané, que je ne ferai pas de choses que sa volonté n'accepte pas, que je suis là pour l'accompagner, pour l'aider à percevoir les choses différemment mais que c'est elle qui va faire le travail. Mme semble rassurée et me dit d'accord pour « tenter le coup » !!!

Le lendemain (la chimiothérapie étant le sur lendemain)

❖ 4^{ème} séance : hypnose et « gant magique »

Je vais chercher Mme Valmy dans sa chambre, elle écoute de la musique de relaxation sur son ordinateur, sur des images de forêt et de cascade. Elle me dit qu'elle a pensé à l'arbre, qu'elle s'est

sentie ancrée elle aussi, qu'il lui a donné de la force. Elle a un visage détendu, n'a pas de plainte corporelle ce jour. Mme ajuste un chapeau avant de sortir et d'aller dans le couloir.

Je lui rappelle l'objectif de la séance qui est de travailler sur sa main afin lui permettre de mieux supporter l'injection. Mme pense faire le traitement sur sa main droit (la gauche ayant des veines trop fragiles qui risquent d'éclater selon l'infirmière).

L'induction grâce au VAKOG est courte, je ne l'accompagne pas d'effleurages (comme convenu en début de séance) mais Mme a fermé les yeux très rapidement. Je la sens calme, en attente. Je suis installée près d'elle, sur une chaise, à hauteur de ses mains.

*« et maintenant...que vous sentez le calme...se faire en vous...progressivement...oui comme ça...c'est très bien...vous allez être attentive...à vos mains...ce que vous allez percevoir...d'elles...tranquillement...les ressentir...être à l'écoute...et me dire laquelle a envie de travailler aujourd'hui...me faire un petit signe de celle-ci...la main droite bouge légèrement...voilà...c'est très bien...la main droite...vous allez peut être éprouver des sensations différentes...**elle est lourde...ça fourmille**...oui très bien...elle se sent plus lourde...avec des fourmillements...c'est ça ...c'est très bien...elle devient ...doucement...tranquillement...de et plus en plus lourde...comme si elle s'enfonçait dans le matelas...elle va s'endormir...progressivement...elle s'endort...et vous êtes toujours confortable...et pendant ce temps...(Mme a le visage qui se crispe...je sens qu'elle a envie de pleurer)...**je ne comprends pas...pourquoi j'ai envie de pleurer**...laisser les choses venir...ne les retenez pas...laisser couler ce qui vient.....elle bouge un peu la tête...mais se retient.....respirez...doucement...voilà...très bien...les choses viennent toutes seules...il faut les accueillir..... et votre main...elle continue de dormir...elle est lourde...vous pouvez imaginer...un gant...que vous mettez...sur la main...que vous enfillez...doucement...à votre rythme...c'est vous qui le voyez...sa couleur...sa forme...**c'est une armure !!!**...oui, très bien...une armure...solide...en fer... qui va la protéger...quand vous en aurez besoin...et vous sentez votre main tranquille...confortable...en sécurité...dans cette armure...endormie...anesthésiée...elle ne sent plus rien...et vous pouvez...quand vous le souhaitez...retrouver cette sensation...la main endormie...protégée par cette armure...quand vous en aurez besoin...je vais toucher pour voir ce que vos mains sentent...je pince la main opposée...**Mme réagit...me dit que ça fait mal...et l'autre main...où elle réagit à peine**...voilà...très bien...vous n'avez presque rien sentie...votre main est bien protégée par le gant...en sécurité...et quand vous en aurez besoin...lors d'un soin...ou à n'importe quel autre moment...vous pourrez retrouver cette sensation...d'endormissement...de pesanteur...votre main endormie...en sécurité... »*

Mme rouvre les yeux, étonnée, me dit qu'elle n'a presque rien sentie, là sur cette main, alors qu'elle a encore mal à l'autre !!! Je ratifie...puis elle me demande si je peux lui faire un massage du visage quand même, elle souhaite retourner près de l'arbre, y mettre encore plus d'animaux, des gens...ce serait une prairie...elle me demande de la « faire partir » !!!

J'adhère à sa demande et la séance se poursuit par l'évocation de l'arbre, de cette « safe place » que Mme co-construit avec moi...son visage est détendu, elle sourit quand elle évoque une rivière en contre bas, l'eau dans laquelle elle peut se baigner...la détente corporelle est visible, ses jambes dépliées.

Je termine les effleurages par un toucher contenant global, Mme me dit que ça lui fait du bien, elle me demande de laisser mes mains chaudes sur son ventre, là où est son carcinome...Suit la phase de retour, de réassociation.

Mme Valmy me remercie, s'étonne de la position de ses jambes, allongées totalement. D'ordinaire elle les maintient en flexion par rapport à ses douleurs abdominales. Elle verbalise sa détente, son bien-être. J'évoque le gant magique qu'elle pourra utiliser le lendemain. Elle me dit qu'elle va essayer mais que sans moi cela va être plus difficile. Je lui propose alors de partir d'une sensation qui pourra lui faire retrouver cet état...elle évoque ma voix qu'elle entend parfois quand elle cherche à se détendre. Je lui dis qu'elle peut reconvoquer ma voix quand elle en a besoin.

Mais je ne l'ai pas fait alors qu'elle était en transe, et je m'interroge donc sur la possibilité d'y parvenir. Me reprochant de n'avoir pas travaillé sur un ancrage corporel ou sensoriel qui lui permettrait de retrouver l'état de transe plus aisément.

(Deux semaines après : Mme est hospitalisée une semaine, moi-même également absente pour cause de formation DU).

❖ 5^{ème} séance : Hypnose et toucher thérapeutique

Mme a trouvé cette coupure longue. La chimiothérapie a été difficile, suivie de nombreux épisodes de vomissements (spasmes très mal vécus) et des épisodes de fièvre. Le ressenti corporel est très douloureux et Mme semble aller mieux seulement ce jour. Elle a pu manger et dormir un peu. Elle le vit comme une sorte d'accalmie et de pause.

Je l'interroge concernant la pose de sa perfusion. Mme dit qu'elle s'est bien passée, qu'elle a pu entendre ma voix, mais ne sait pas si l'effet est dû au patch antalgique ou au gant.

La séance a lieu dans la salle, Mme s'installe et me demande les effleurages. Je pratique une induction VAKOG davantage axée sur le corporel. Contrairement à d'ordinaire, Mme n'échange pas et j'ai du mal à savoir où elle se trouve et comment elle se sent.

Je poursuis par une visualisation d'un chemin, qui va l'emmener vers un lieu où elle se sent en sécurité, où elle peut retrouver un certain confort, des sensations plus agréables...sa respiration est peu ample, son visage peu détendu et je sens que le relâchement n'est pas obtenu.

Mme me dit qu'elle a mal au ventre, son visage est crispé, à la limite de pleurer. Je lui demande de me décrire sa douleur, de la chosifier. Ce sont des grands clous, rouillés...que nous tentons de modifier...en plus petits, en caoutchouc, de couleur pastel...mais Mme me dit qu'elle a besoin de temps, que c'est trop tôt et n'arrive pas à se sentir soulagée.

Lors de la verbalisation Mme dira avoir mal vécu la concentration sur les sensations corporelles. Son corps ayant été si douloureux, elle ne veut pas penser à lui. Je lui explique qu'elle aurait dû m'en prévenir et qu'elle pouvait à tout moment s'exprimer afin que j'oriente différemment la séance. Elle terminera en évoquant des problèmes purement médicaux qui lui posent questions et qui l'inquiètent, et pour lesquels elle doit lutter afin de trouver des solutions. « Je suis une battante et je ne dois pas laisser tomber ».

❖ **Evolution du suivi :**

La prise en charge de Mme Valmy s'est poursuivie sur plusieurs mois. Elle a été entrecoupée à de nombreuses reprises par ses hospitalisations et mes quelques absences. Les séances ont évolué en fonction de ses demandes et de son état de santé. Parfois, uniquement avec des effleurages, sans hypnose, sans aucune induction corporelle ni mentale.

D'autres avec, à sa demande parfois, de l'hypnose, notamment concernant les injections (analgésie de la main par le froid, la neige). Mais également un travail sur les nausées, le poids ressenti au niveau de l'estomac : lévitation de la main pour induire la légèreté (qui s'est à peine soulevée mais que Mme a senti très haut) qui s'est transformée en main posée sur son chat (sensation de chaleur, de douceur, de légèreté) que Mme a très bien vécu. J'ai également utilisé une métaphore (celle du tournesol) lors d'une séance, sans verbalisation retour de Mme.

L'état moral de Mme a suivi son état de santé, les annonces concernant l'évolution de sa pathologie et ses difficultés parfois relationnelles avec l'équipe. Bien que sans famille à la Réunion, Mme a été bien entourée par ses amies, très présentes, ainsi que les bénévoles qui interviennent dans notre établissement.

Mme Valmy s'est très peu exprimée sur sa vie personnelle, excepté avant une séance où elle a évoqué son enfance et ses angoisses passées qu'elle a « porté » toute sa vie. Elle était dans l'ici et maintenant, dans sa « lutte » contre la maladie dont elle voulait guérir. Elle a de moins en moins évoqué son cancer spontanément, mettant bon nombre de ses symptômes sur le compte des effets secondaires des médicaments. Elle a traversé une période de colère, puis de marchandage où tous les traitements devaient être négociés, épuisant souvent l'équipe médicale. Je n'ai jamais abordé avec elle l'évolution palliative de sa maladie...mais je pense que Mme ne le désirait pas (je n'étais pas présente quand son état s'est aggravé, pour cause de congé). Elle disait combattre et ce jusqu'au bout. Elle a fait de même avec toute l'équipe exceptée avec le médecin qui l'informait sur sa maladie.

La dernière séance avec Mme a eu lieu trois jours avant sa mort, dans sa chambre. Elle était encombrée et avait des difficultés à s'exprimer. Je lui ai proposé un massage des jambes au vue des œdèmes de celles-ci (sur lesquels elle était beaucoup focalisé) qu'elle a accepté avec soulagement. J'ai évoqué son « lieu de sécurité », près de la rivière, où elle aimait aller... la sensation de fraîcheur de l'eau...de légèreté procurée...de la mousse douce et fraîche qu'elle pouvait ressentir sous ses pieds...séance malheureusement écourtée par l'interruption de l'infirmière venue renouveler les perfusions. Mme est revenue rapidement, verbalisant son stress face au traitement.

2) Mme Line :

Notre 1^{er} contact s'est fait quelques jours après son arrivée, en présence du médecin qui m'a présenté comme faisant de la relaxation. Mme Line m'apparaît alors comme ayant besoin de nombreuses explications concernant son traitement, dans la mentalisation. Elle est alitée, douloureuse et appréhende toute mobilisation.

❖ 1^{er} entretien :

Mme est souriante, très différente de la première fois, son visage est détendu. Elle n'a pas de douleur ce jour. Elle est tout de suite dans l'échange et me parle de son vécu très douloureux (au niveau lombaire et dorsal) de ces derniers mois, perçu comme traumatisant. Les recherches médicales ont duré six mois avant la pose de diagnostic de métastases osseuses (probable récurrence d'un cancer du sein).

Elle a passé une nuit sans pouvoir bouger, sur son lit, terrassée par la douleur, avant d'être envoyée aux urgences. Depuis elle n'a pas été verticalisée et n'a pu rentrer chez elle, habitant au 3^{ème} étage et ne pouvant se mobiliser sans déclencher des douleurs. Elle espère une amélioration de celles-ci après la cimentoplastie.

Mme Line a passé son enfance à l'étranger et me raconte son histoire de vie. Quand elle vit mal une situation elle a des sensations d'étouffements, d'oppression, et a de l'eczéma. Suite à un retour tenté dans son pays et à toutes les difficultés rencontrées, elle revient vivre à la Réunion avec sa fille...et quelques mois après son cancer du sein sera détecté.

Mme est tactile, me touche le bras et garde ma main dans la sienne. Elle instaure un langage de proximité d'emblée (nommant les soignants « ma princesse, ma belle »...). Elle aime garder la porte de sa chambre ouverte, être dans le bruit, la vie. Elle a de nombreux livres, regarde et s'intéresse à des émissions culturelles.

Je lui propose de la relaxation, en lui expliquant ses objectifs et Mme se montre intéressée ayant toujours voulu faire du yoga mais n'adhérant pas au côté religieux de la pratique. Je lui présente également l'hypnose et Mme en voit tout de suite l'intérêt. Elle me glisse qu'elle a fait six ans de psychanalyse. Je lui propose de la revoir une semaine après, suite à son retour de la cimentoplastie.

❖ **1^{ère} séance : induction de relaxation, hypnose dans la chambre** (Mme ne peut se déplacer, alitée)

Mme Line est soulagée de ses douleurs basses depuis l'intervention mais a l'impression de ne pas être entendue concernant la douleur cervicale irradiant à l'épaule gauche. La sent comme engourdie au toucher qu'elle me demande de faire. Elle a de nombreux vomissements qu'elle vit comme très violents, et qui l'inquiète puisqu'elle n'a pas encore commencé la chimiothérapie. Le week-end a été difficile avec de nombreux problèmes digestifs. Mme a un sentiment de dévalorisation d'en être réduit à de si « basses considérations »...je lui demande sur quoi elle a envie de travailler et elle m'indique la détente globale.

Je commence par une induction de relaxation, Mme bouge légèrement dans le lit, réaménage sa position, ferme rapidement les yeux. Mais après le temps d'induction se met à parler, d'une voix très calme, lente, pâteuse (signe d'un état de transe) qu'elle est gênée par sa douleur d'épaule. Travail de réification...pendant ce temps elle se masse légèrement la cuisse de l'autre main (mouvement circulaire, répétitif, comme si elle voulait masser sa douleur). Evocation par Mme de piranhas qui lui mordent l'épaule...*modification de l'intensité en changeant les poissons...en d'autres...plus doux...qui la picorent juste...comme les poissons du lagon...qui piquent les jambes quand on se baigne...qui piquent mais de manière supportable...un peu comme les chats quand ils vous mordillent...*et là Mme se met à pleurer, à parler de sa chatte, à l'appeler...**Velvet, ma petite chatte, qui me manque tant**...elle la sent qui lui mordille l'épaule...*j'évoque sa chaleur, son ronronnement...comme quelque chose d'apaisant...et la laisse diffuser cette douceur, cette sensation agréable partout où elle en a besoin...profiter de ce temps pour elle.*

Le retour est assez rapide et Mme évoque sa chatte...je lui demande son ressenti, elle exprime une diminution de sa douleur à l'épaule...mais ne souhaite pas en parler pour ne pas la réveiller !

Elle a vécu l'expérience comme « productive » et souhaite la poursuivre. J'aborde l'autohypnose comme un objectif futur et Mme est bien consciente de l'aspect modulable de la douleur. En présence d'amis ou lors du passage des soignants celles-ci sont plus tolérables que la nuit, quand elle se sent seule et angoissée !!!

(Trois semaine après, absence due au traitement de Mme, à ma formation DU)

Les séances ne sont pas toujours programmées bien que j'essaie dans la mesure du possible

❖ 2^{ème} séance : induction de relaxation, hypnose

Mme Line me demande si j'ai du temps, elle m'indique où m'installer. Elle me parle de ses traitements, des vomissements irrépessibles, qu'elle vit très mal « l'impression d'être dans une machine à laver, à l'essorage », que rien ne peut arrêter.

Elle est toujours complètement alitée et appréhende beaucoup de se mobiliser. Tout mouvement lui est douloureux. Une tentative avec le kinésithérapeute a échoué, n'étant pas assez rassurée ni en confiance.

Elle ne souhaite pas abordé ses douleurs, a plutôt envie de les oublier et aimerait se détendre.

Avant la séance j'ai pensé travailler sur l'idée de mouvement, afin qu'elle puisse mieux vivre les mobilisations quotidiennes. Je vais donc rechercher à travers un souvenir ou une activité, quelque chose que Mme peut s'imaginer revivre, en éprouvant du plaisir et en ressentant la capacité de son corps à être en mouvement.

Je lui demande s'il lui est possible de m'évoquer un souvenir agréable ou un endroit où elle se sente bien...où une activité qu'elle apprécie tout particulièrement.

Elle me parle de la ferme de son grand-père où elle passait ses vacances, très entourée, et où elle montait à cheval. Description très visuelle et kinesthésique (canaux préférentiels).

Induction de relaxation (type body scan) : *« vous allez vous installez le plus confortablement que vous pouvez...sentir votre position...elle se repositionne légèrement...votre corps sur ce lit...et tous les points en contact...avec le matelas...les pieds...qui reposent...tranquilles...de chaque côté...sentir vos chevilles...remonter le long de vos mollets...percevoir leur poids, leur forme...et les cuisses...qui se détendent...tranquillement...le bassin...qui repose, sans contrainte...et le dos...remonter doucement... vertèbre après vertèbre...jusqu'aux omoplates...jusqu'aux épaules...sentez les se relâcher...s'abaisser...pour être plus confortable...et puis votre nuque...qui repose sur l'oreiller...oui comme ça...très bien...et votre tête...qui s'imprime doucement dans*

l'oreiller...comme pour y laisser une empreinte...et le visage...qui va se lisser...se détendre...muscle après muscle...le front...les yeux...les joues et les mâchoires
*...jusqu'au cou ...pour redescendre au niveau de vos épaules...de vos bras...de vos avant-bras...et de vos mains...sentez jusqu'aux bouts des doigts votre corps...qui repose là...tranquille...et si voulez maintenant...vous pouvez penser...à un endroit...que vous aimez...et où vous avez envie d'être.....d'une voix trainante ...**une terrasse...pieds nus...couchée...je regarde les insectes...c'est la maison de mes amis...oui ...et vous percevez la lumière...la chaleur de vos pieds...sur la terrasse...une petite brise...et vous vous levez...vous marchez tranquillement...j'entends la voix de Julie...c'est ma petite fille...oui c'est ça...très bien...vous l'entendez...il y a une grande table...avec mes amis...vous entendez leurs rires...vous reconnaissez leur voix...c'est une grande table...conviviale...j'aime...c'est la vie...y a du bruit...du monde...vous percevez les conversations...vous êtes en confiance avec eux...en sécurité...et il y a peut-être des plats...sur la table...qui sentent bons...que vous avez envie de goûter...là c'est difficile pour moi...en ce moment...juste vous les regardez...vous voyez les autres les manger...***
Mme parle de plus en plus, de cette maison, de cette famille...au début les yeux fermés, puis les rouvre peu à peu et s'anime...pensées rationnelles, conversationnelles...et j'ai le sentiment qu'elle est sortie de transe.

Je suis un peu surprise et hésite. Je lui propose de continuer de se reposer, réaménage son environnement. Elle me demande de lui fixer une nouvelle rencontre.

Autres rencontres

Je revois Mme Line en compagnie de l'ergothérapeute et du kinésithérapeute pour les aider à la mobiliser ; en fait pour les aider à la rassurer et à instaurer un climat de confiance. J'accompagne les mouvements par des paroles, Mme ayant besoin d'anticiper les différentes étapes qui vont lui permettre de se retrouver assise. Elle a beaucoup d'appréhension dès qu'on lui touche une partie du corps, souffrant de vertiges dès qu'elle se redresse ou tourne la tête. Elle verbalise très bien ses craintes et ses souhaits. Elle réussit à s'asseoir quelques instants. Tout s'est passé à son rythme, en douceur. Malheureusement Mme a eu des vomissements juste après une sensation vertigineuse et nous a verbalisé sa peur d'être seule dans ces moments-là, nous remerciant de notre présence... puis sa peur de mourir.

Je la revois également en entretien de soutien, à plusieurs reprises, les séances ne pouvant pas toujours se réaliser (visites de proches, traitement et examen, symptômes trop gênants...). Mme m'évoque souvent ses voyages, certains épisodes de sa vie, heureux, la venue de son frère, de sa fille...

(1 mois après)

❖ 3^{ème} séance : hypnose et toucher thérapeutique

Mme est affaiblie, gênée par sa respiration crépitante due à une pleurésie. Son état de santé s'est aggravé, elle ne mange plus depuis plusieurs jours, a toujours des vomissements et ne peut pas du tout se mobiliser. Même la toilette devient compliquée. Elle a un traitement anxiolytique le soir car elle dort très mal et se sent angoissée. Le passage en phase palliative vient de se faire.

Je lui propose un travail sur sa respiration suite au sentiment d'oppression décrit. Mme semble croire que je pense sa douleur psychologique. Réassurance quant à la compréhension de son problème, physique, que je reformule autrement en lui disant que l'hypnose peut diminuer la perception pénible de sa respiration. Elle accepte en disant « fonçons!!! ».

J'aménage la pièce selon son souhait, fermeture des rideaux, augmentation de la climatisation (Mme n'a jamais souhaité de musique).

Induction VAKOG « *prenez le temps de vous installer...le mieux possible pour vous...de prendre conscience de votre position...Mme ferme les yeux...d'écouter les bruits autour de vous...les plus lointains...et les plus proches...comme ma voix...et regardez avec votre regard intérieur...sentez la pièce tout autour de vous...qui vous est familière...que vous connaissez bien...les murs qui la composent...les objets...rassurants...le lit placé au centre...et vous dans ce lit...tranquille...sur le matelas...Mme bouge un peu...parle lentement...**j'ai l'impression d'être sur quelque chose de dure...le matelas?...il est pas confortable du tout...comme si j'étais plaquée sur quelque chose de dur...avec une roche sur la poitrine...qui m'opresse...***

Moi « -que pouvez changer pour être plus confortable ? Sur quoi aimeriez-vous être ?

Elle -Sur un coussin !

Moi -On peut glisser un coussin là où c'est le mieux pour vous...en quoi le voyez-vous ?

Elle -En petites billes...surtout au niveau du sacrum...c'est très dur...lourd !

Moi -De quelle couleur le voyez-vous ?

Elle -Bleu

Moi -Sentez ce coussin...sur lequel votre corps est posé...vous procurez plus de confort, peut-être plus de légèreté, de la douceur...

Elle -Ah mais là je crois que je sens tout mon corps dur...je crois que peut-être si je me tournais ça serait mieux...vous pourriez m'aider ? »

Proposition d'aller chercher une aide-soignante pour m'aider à modifier doucement sa position avec le drap...et de lui « toucher » le dos pour qu'elle retrouve des sensations corporelles unifiantes et globales. Mme est d'accord...elle attend...

Il est possible de la tourner, elle semble avoir moins d'appréhension même si elle craint les vomissements. Je pratique un toucher thérapeutique du dos et des membres inférieurs tout en lui demandant d'être ici et ailleurs...elle évoque les souks...*et moi la richesse des couleurs, odeurs, le mouvement de la foule, les objets vendus*...qui la ramène à sa voisine, berbère, ayant de belles tentures chez elle...le retournement de l'autre côté se fait en douceur, dans un climat de confiance, de calme, Mme se laisse faire... ma collègue joue le jeu et a des gestes lents... nos mouvements sont synchrones.

Je lui propose *d'être au milieu de nulle part...de ne rien faire...pendant que j'effectue les effleures du dos*...

Suit un retour assez rapide...Mme en profite pour nous demander de la changer, nous parle de son poids, de son corps, elle a beaucoup maigri mais ne peut être pesée !

Sa respiration est moins courte, elle n'a pas eu de nausée ni de vertige malgré les changements de position contrairement à d'habitude.

Je lui propose, pour dans quelques jours, une toilette en charriot-douche réalisée avec l'ergothérapeute (Mme avait émis le souhait de pouvoir se doucher dans la la salle de bain, seule, nous exprimant son envie de sentir l'eau coulée et d'être plus autonome. Or ce projet n'est pas réalisable mais adaptable !!!). Mme se demande si elle est manipulable...je la renvoie à notre séance d'aujourd'hui !!! Elle accepte ;

Son vécu d'aujourd'hui est positif, elle me remercie, se sent mieux dans son corps et n'a plus cette sensation de « pierre ».

Mme a très bien dormi la nuit suivante.

Toilette en charriot-douche

Elle a pu être réalisée deux jours après, dans un climat de confiance. Mme a même téléphoné à sa fille pour la prévenir qu'elle allait prendre une « douche » ! Elle s'est laissé mobiliser, n'a pas montré de craintes lors du transfert et des changements de position. Elle s'est « laissée faire » !!! Et a beaucoup apprécié, verbalisé son plaisir à sentir l'eau, l'odeur du savon, du propre. Elle a pu se laver vraiment, en participant, pour la deuxième fois en 4 mois ! Comme une renaissance...redécouvrir son corps à travers d'autres sensations, nouvelles et connues, gratifiantes et agréables.

Mme Line est partie le lendemain pour des examens et une nouvelle chimiothérapie. A ce jour elle n'est toujours pas revenue.

B. Exposé des observations cliniques

Un des objectifs principaux de l'hypnose est d'amener la personne à un changement, de la faire sortir d'une situation figée autour d'un symptôme ou d'une problématique, de son « immobilisme ».

En soins palliatifs il s'agit essentiellement d'aider celle-ci à mieux gérer ses douleurs et son anxiété, source de souffrance morale et physique, de lui permettre de redevenir « actrice » et de participer ainsi activement au soulagement de ses symptômes.

Les séances de Mme Valmy sont les toutes premières que j'ai pratiqué, elles sont donc le reflet de mes premiers pas en hypnose. Premiers pas hésitants parfois, tâtonnants, maladroits certainement mais mon envie de pratiquer était très présente, entrevoyant tous les bienfaits que mes patients pourraient retirer de l'hypnose. Les séances ont donc évolué sur plusieurs mois et ma pratique également, suivant le cours de la formation, de mes expériences et de mes réflexions.

- ***D'un point de vue relationnel :***

Les deux patientes ont bien adhéré au suivi et la relation de confiance, « l'alliance thérapeutique » s'est mis en place rapidement. Celle-ci a été possible par la prise en compte des besoins exprimés par les patientes, à savoir le besoin d'être « touché » pour l'une et la recherche de détente globale pour la seconde. En effet Mme Valmy contrôle, « tient », et ne peut se relâcher qu'en relation avec l'autre, en « contact » physique avec l'autre. Il me fallait partir de là pour faire évoluer la prise en charge.

Cette relation de soutien m'a permis de leur proposer l'hypnose, bien qu'un peu tardivement pour Mme Valmy, (ne me faisant pas encore suffisamment confiance et projetant sans doute sur Mme mes craintes à son adhésion au projet) puisque sa phobie des injections m'a immédiatement donné l'envie de lui proposer la technique du « gant magique ». Je me suis aussi rendue compte de l'importance de leur signifier et de nommer « l'hypnose » tout en leur expliquant clairement les objectifs afin de les mobiliser davantage. Leur nommer le travail sur la perception de leurs sensations douloureuses, leur rôle propre à jouer, leur participation nécessaire et active pour les soulager. Un vrai travail de partenariat.

Je me suis interrogée sur leur suggestibilité et mes craintes premières, venaient de cette question, arriverai-je à les conduire à l'état hypnotique ? J'ai découvert la suggestibilité des patientes à travers les séances de réification de la douleur auxquelles elles ont paru immédiatement adhérer et qui m'a donné la confiance nécessaire pour poursuivre le suivi en hypnose. J'ai été également « sur-

prise » des échanges verbaux mis en place mais qui m'ont permis de co-construire les séances avec elles, les créant dans cette relation d'empathie, m'adaptant ainsi au mieux à leurs ressentis.

Grâce à cette relation privilégiée et aux situations vécues en séances d'hypnose, les patientes ont pu exprimer des souhaits, des craintes ou peurs, des difficultés, raconter des événements importants de leur vie...

Pourtant, Mme Valmy est presque toujours restée dans « l'ici et maintenant », ne racontant que très peu sa vie personnelle, n'exprimant pas ses difficultés existentielles, ses angoisses pourtant sûrement envahissantes au vue de l'anxiété massive perçue par l'équipe. Restant essentiellement sur ses symptômes, ses interprétations /représentations face à eux, ses besoins impérieux de soulagement immédiat, la nécessité de présence continue...Etaient-ce uniquement des mécanismes de défense et d'adaptation dus à cette pathologie si lourde et vécue comme traumatisante ? Mme souffrait-elle de troubles anxieux de l'adaptation avec des réactions émotionnelles ou comportementales excessives ? (17) Ou traversait-elle les étapes souvent décrites par Elisabeth Kübler Ross (colère, marchandage, dépression...(18)) ? Il m'est difficile de répondre à ces questions, mes compétences en psychologie étant largement dépassées par celles-ci. Il est à noter que le suivi avec la psychologue s'est déroulé sous forme d'entretiens de soutien et n'a pas permis d'évolution majeure.

L'adhésion de Mme Valmy aux séances d'hypnose a été moindre vers la fin de sa vie. Elle était fatiguée, souhaitant simplement ressentir de la détente, par le « toucher », les massages, me disant aller seule là où elle avait envie d'être bien. Ai-je commis quelques maladroites qui ont provoqué cette moindre adhésion ? M'en voulait-elle de mon « abandon » ou de ce qu'elle a vécu comme tel (congé pendant la phase d'aggravation) ? Etaient-ce simplement en lien avec son état physique (aggravation) et psychologique (dépression) ?

Mais toutes les deux sont restées, jusqu'à la fin de nos rencontres, en demande de prise en charge et de cette relation privilégiée. Mme Valmy après la séance de « l'Arbre » m'a exprimé le souhait que tous les patients puissent bénéficier de l'hypnose tant les effets étaient bénéfiques.

- ***D'un point de vue technique***

L'hypnose en soins palliatifs va avoir quelques particularités, que j'ai souhaité appliquer mais que je n'ai sans doute pas encore suffisamment respectées.

-utiliser les symptômes : il s'agit de partir de ce que nous amène la personne, de ses douleurs et symptômes (nausée, dyspnée, sensations corporelles désagréables...), de se servir de son vécu comme base de travail. Je pense n'avoir pas réussi encore à les saisir tous au moment adéquat (nausées/image de machine à laver de Mme Line). Ecoutant mes patientes qui ont souvent voulu

s'en éloigner, les évacuer et privilégier la détente qu'elles souhaitaient ressentir. Pourtant les symptômes douloureux les ont « rattrapés » en cours de séance. Un travail a pu alors être effectué mais non défini au départ.

-s'adapter au patient tout en instaurant un cadre contenant. Il s'agit de s'adapter à chacun mais de s'adapter jusqu'où ? Trop d'adaptation n'empêche-t-elle pas le praticien d'effectuer le travail thérapeutique qu'il pense nécessaire ? J'ai le sentiment de n'avoir pas assez orienté certaines séances, de me laisser « embarquer » dans les souhaits des patientes. Avec Mme Line, je recherche l'idée de mouvement et je pense à l'évoquer au travers son expérience d'équitation. Pourtant je ne lui suggère pas et la laisse choisir son « souvenir agréable »...où elle est couchée, sur une terrasse !!!

Il s'agit également de garder un regard « neuf » sur la personne, de ne pas appliquer de séance pré-établie. L'état des patients évoluant d'une séance à l'autre, ainsi que leurs demandes, il nous faut les considérer dans le moment présent et nous saisir au mieux de tout ce qu'ils nous apportent.

-la nécessité de donner un sens à chaque séance, il s'agit de « définir un objectif permettant de mieux orienter et de faciliter le travail thérapeutique.» J.Becchio (5)

-le besoin d'être créatif qui permet l'adaptation à chaque personne et qui est l'essence même de l'hypnose. Etant encore novice, je me suis peut-être dirigée vers ce qui me semblait le plus évident pour moi : les inductions corporelles, la répétition d'exercices connus, réalisés en formation (gant magique, réification de la douleur, lévitation de la main, travail sur la respiration). J'ai éprouvé des difficultés à créer des métaphores, en direct, bien que tout à fait consciente de l'intérêt de celles-ci. J'ai peu pratiqué d'exercices concernant les apprentissages (tenté avec Mme Valmy mais celle-ci me dit ne rien « voir »!) alors que ceux-ci peuvent être d'un grand intérêt en situation de soins palliatifs car mobilisateurs des ressources ; ainsi que ceux concernant les limites corporelles et le recentrage de la personne sur elle-même (bien qu'abordées autrement par l'intermédiaires du toucher thérapeutique).

Pourtant, malgré mes manquements de débutantes, j'ai le sentiment que le vécu des séances a été positif pour les deux patientes. Elles m'ont toujours verbalisé le soulagement de leurs symptômes et j'ai pu noter :

-la diminution de leurs douleurs pendant la séance. Les effets semblaient perdurer quelques heures ou le reste de la journée mais se pose la question de la durée de leur soulagement.

-**la diminution de leur anxiété** qu'elles expriment par leur vécu positif et que je remarque aux modifications de leurs postures, mimiques, respiration...l'objectif n'étant pas nécessairement la suppression de toute l'anxiété mais la suppression de la souffrance liée à celle-ci.

- **leur sentiment de détente ou de mieux être corporel.** Mme Valmy s'étonne de la position de ses jambes, détendues. Note toujours les sensations corporelles agréables ressenties. Remarque son envie d'aller à la selle après les séances (vécu positif puisqu'elle craignait les phénomènes de constipation). Mme Line dira être plus confortable sur le lit, sans oppression et dormira mieux la nuit suivante.

-**la mobilisation de leurs ressources** : Mme Valmy a pu travailler sur sa phobie des injections, trouver sa « safe place » pour y vivre des moments d'apaisement et y puiser de l'énergie.

Mme Line a retrouvé des moments de « vie », entourée comme elle l'apprécie et a pu demander à être mobiliser, acceptant ainsi d'être manipulé avec moins d'appréhension.

Les limites rencontrées :

-La limite entre la séance d'hypnose et l'échange conversationnel. Il m'a été difficile avec Mme Line lors d'une séance d'être certaine de la transe établie. Ce qui m'a conduit à terminer sans véritable temps de réassociation. .

-la difficulté d'instaurer un ancrage corporel. J'ai eu quelques difficultés à percevoir cette notion et ne l'ai pas assez proposé.

-la difficulté à autonomiser les patientes. Pour Mme Valmy la nécessité d'un toucher conjoint ne favorisait pas cet apprentissage. Elle travaillait seule sur sa respiration mais disait ne pas arriver à se détendre sans la présence (par le toucher et la voix) d'un Autre. Pour Mme Line, bien que consciente de l'intérêt de l'auto-hypnose elle disait ne pas y parvenir également. Mais le suivi a été écourté et peut-être un temps supplémentaire aurait été nécessaire.

IV Discussion théorico-clinique

1. Rappel de la problématique :

Les hypothèses de ce mémoire sont doubles. Il s'agit de savoir si :

-l'hypnose, en tant que pratique psychocorporelle, s'intègre avec la relaxation et le toucher thérapeutique ? Peut-elle être pratiquée en liens avec eux ? Leurs pratiques se potentialisent-elles afin d'améliorer la prise en charge du patient ?

-l'hypnose a-t-elle modifié ma position de praticienne ? En quoi a-t-elle fait évoluer ma relation à l'autre ? Me permet-elle une posture plus globale et plus juste dans l'accompagnement ?

2. Confrontation des résultats à la problématique

Les réflexions et conclusions quant à cette problématique sont d'un ordre très personnel puisque lors de mes recherches je n'ai pas trouvé d'articles traitant de ce sujet tel que je me le suis posée (ceux-ci discutant plus de l'intérêt des pratiques psychocorporelles quant à la prise en charge non médicamenteuse de patients douloureux ou en soins palliatifs).

Il s'agit d'un fait établi que ces trois pratiques soient psychocorporelles, utilisant le corps comme médiateur et travaillant sur le corps dans sa dimension relationnelle à l'autre et à soi-même.

Leurs objectifs vont être proches (l'apprentissage d'un relâchement musculaire pour parvenir à une détente psychique, la concentration sur la sensorialité, l'attention à ses perceptions, à soi, la verbalisation des ressentis, la possibilité d'exprimer des émotions) ainsi que leurs indications (comme vu dans la partie revue des travaux).

Pourtant, nous voyons qu'en séance une seule technique n'est parfois pas suffisante et qu'il est nécessaire d'avoir plusieurs « outils ». Il s'agit de s'adapter au mieux à chaque individu, comme personne unique, en fonction de son histoire, de sa pathologie, de son vécu.

- **Pour une meilleure prise en charge « pratique »**

-La différence entre les inductions en relaxation et en hypnose consiste dans les suggestions. En **relaxation** je me contente de susciter l'attention de la personne sur ses sensations corporelles. Je souhaite l'amener à une prise de conscience corporelle, volontaire. Mais cela nécessite une capacité d'autonomie suffisante, une concentration à soi-même importante et acceptée par le patient.

Or en pratique on a vu que pour Mme Valmy cette centration sur soi peut être mal vécue, comme parfois toutes les références à son corps (qui la ramène à ses douleurs, souffrances, anxiété) et qu'elle exprime le besoin d'être « accompagnée » tout au long de la séance.

Mme Line, après mon induction en relaxation, a signifié son impossibilité à se détendre causée par la sensation de douleur. Sans l'hypnose je n'aurai pu continuer cette séance.

-Le **toucher thérapeutique** comme pratique nécessitant l'intervention d'un Autre ne favorise pas non plus l'autonomisation de la personne. Elle renvoie la personne à un état régressif et passif, bien que centrée que ses sensations corporelles. Celle-ci peut éprouver un sentiment de détente,

de bien-être. Mais est-ce suffisant pour soulager durablement la personne ? Pour lui permettre de mobiliser ses ressources ?

Ces deux pratiques m'ont donc permis en séances de favoriser une centration sur le corps, de signifier ma présence à l'Autre par le toucher mais je me suis heurtée à certaines de leurs limites et **c'est conjointement avec l'hypnose** que la prise en charge des patients s'est trouvée améliorée. En effet, l'hypnose par sa capacité d'ouverture (sur la sensorialité, l'imaginaire, les ressentis émotionnels) et d'adaptation, par la possibilité de travailler sur le symptôme vécu comme gênant, par la plus grande mobilisation des ressources (rôle plus actif du patient) m'a permis de répondre davantage aux besoins des patients. On a pu voir lors des séances que ces pratiques pouvaient être réalisées en même temps. La relaxation et le toucher pouvant servir de base d'induction à l'hypnose grâce à leurs qualités dissociatives et que les effets de celles-ci se potentialisent améliorant la prise en charge des patients.

- **Pour un meilleur accompagnement du patient**

La dimension relationnelle est au cœur du processus thérapeutique et nous allons voir comment l'hypnose par ses principes m'a permis un accompagnement de meilleure qualité, plus adapté et ouvrant ma pratique à davantage de créativité et de liberté.

Lors des séances d'hypnose j'ai constaté :

- l'intérêt d'avoir un objectif thérapeutique plus ciblé, défini en accord avec le patient.
- une interactivité importante grâce aux échanges « autorisés » en transe hypnotique (co-construction de la séance).
- un meilleur suivi et adaptation au patient tout au long de la séance grâce à ces échanges et au « signaling ». Amenant le praticien à une position plus confortable puisqu'il sait où se situe le patient.
- la nécessité d'être créatif et en position d'ouverture, de réceptivité afin de répondre au mieux aux besoins du patient. Relation d'empathie « de ressentir avec ».
- une meilleure connaissance du patient puisque celui-ci va pouvoir exprimer des émotions et libérer sa parole.
- un meilleur accueil des émotions puisque soutenues par la parole et la possibilité du praticien de dire ce qu'il perçoit (le patient va se sentir davantage compris).

- le sentiment du patient d'être mieux entendu et écouté par la prise en compte du symptôme et le travail effectué sur celui-ci.

-la bonne relation thérapeutique instaurée va permettre un accompagnement plus global du patient (verticalisation de Mme Line/toilette acceptée).

-le soulagement visible ou verbalisé du patient va renvoyer le thérapeute à une image valorisante de son rôle.

On peut dire qu'en hypnose l'étayage du praticien est plus contenant car il lui permet d'accueillir tout ce qui se présente à lui, renforçant ainsi la relation d'aide nécessaire à toute thérapie.

Les hypothèses de ma problématique semblent donc justifiées, tant du point de vue de l'intégration de l'hypnose à ma pratique psychomotrice, que du point de vue de ma posture de soignant, d'accompagnant qui se trouve être renforcée et plus juste grâce à l'hypnose. C'est bien vers une pratique plus intégrative que l'hypnose me permet d'aller, m'amenant à une vision plus globale de celle-ci et à un « prendre soin » meilleur du patient.

3. Discussion éthique

Je me suis longuement interrogée sur les prises en charge de ces deux patientes dont la pathologie est sévère (mettant en jeu le pronostic vital), les symptômes invalidants et l'anxiété importante. Les divergences de vues de l'équipe soignante n'a pas rendu la tâche plus facile et le décès de Mme Valmy m'a presque « surprise »...sorte de déni de ma part ? Aussi je pense qu'il est primordial pour moi de continuer à me former, à échanger et surtout à pouvoir participer à des séances de supervisions de pratiques.

Il me semble important également de recevoir des bases en psycho-oncologie afin de mieux connaître les divers enjeux de la fin de vie et de pouvoir accompagner les patients jusqu'au bout. La relation d'aide étant centrale dans mes prises en charge je dois pouvoir accueillir les ressentis et les décharges émotionnelles des patients en séance.

Mais je n'oublie pas que mes compétences restent du domaine psychocorporel et que mes objectifs sont de parvenir à instaurer un mieux-être psychique via un travail corporel pour parvenir à un « mieux- vivre » global. Il ne s'agit en aucun cas de prétendre modifier ou changer la structure de personnalité d'une personne, rôle propre du psychothérapeute.

4. Apport de cette étude

Cette étude a voulu montrer l'intérêt de l'hypnose, pratiquée par une psychomotricienne, en lien avec la relaxation et le toucher thérapeutique. Les différents apports de l'hypnose à ma pratique auprès de patients adultes et souffrant de cancer. Et l'amélioration de la prise en charge globale du patient, tant du point de vue de l'accompagnement et la relation d'aide, que celui de la prise en charge des symptômes.

Comme les séances ont pu le montrer, bien que sans étude scientifique à l'appui, l'hypnose s'est parfaitement intégrée aux approches psychocorporelles que je pratique, puisqu'elles ont toutes trois une base commune (passer par la sensorialité, le corps), des objectifs et des indications similaires.

Mais l'hypnose a ouvert davantage ma pratique, me permettant d'aller vers un élargissement de mes champs de compétences, (notamment dans le domaine de la douleur aigüe, de symptômes comme la dyspnée) me permettant d'oser davantage intervenir là où auparavant je me sentais limitée et parfois impuissante. En me donnant des outils pour mieux m'adapter au patient, pour mieux créer avec le patient.

Bien sûr je me dois encore de progresser, de varier mes « outils hypnotiques », d'oser davantage les métaphores, confusions...et pour cela je pense qu'il faut mettre en pratique, encore et encore, s'interroger, prendre du recul et partager avec d'autres hypnopraticiens.

Conclusion

Cette étude sur l'hypnose m'a donc conforté dans l'idée première que j'ai eue en « rencontrant » l'hypnose. A savoir que celle-ci devait faire partie intégrante de ma pratique puisque partant du postulat de l'unité psychosomatique, elle partageait les valeurs de la psychomotricité. Je la percevais comme un outil supplémentaire. Mais j'ai envie de dire que cela a été bien plus que cela...non seulement elle s'est parfaitement bien intégrée avec la relaxation et le toucher thérapeutique, mais elle m'a permis d'aller bien au-delà de ce que je pouvais réaliser avec ces deux pratiques. J'ai en effet pu accompagner des patientes qui sans hypnose m'auraient renvoyé à mes limites (je me serais contentée du toucher thérapeutique avec Mme Valmy et me serais sentie démunie devant les douleurs de Mme Line) et la relation établie aurait été de moindre qualité ne pouvant apporter aucun soulagement ou proposition de soulagement à leurs symptômes.

J'ai bien conscience que l'hypnose ne permet pas de « guérir » et qu'elle doit être utilisée en complément des traitements médicamenteux pour ce type de patientes, mais l'hypnose autorise le praticien à un accompagnement tout particulier, fait d'attention, de présence à l'autre, de prise en compte de ses symptômes et de proposition de soulagement par la participation active du patient. Elle remet le patient au centre de sa prise en charge, lui permettant enfin de redevenir acteur dans un environnement où il se sent bien souvent comme un objet, subissant son corps, sa maladie, sa relation de dépendance aux autres. Elle lui permet de redevenir un sujet pensant et agissant, ressentant et s'exprimant.

Mais au-delà des syndromes anxio-dépressifs et des situations de fin de vie, je souhaiterais pouvoir utiliser l'hypnose auprès des patients douloureux chroniques, focalisés sur leur douleur et la zone malade. Pouvoir réunifier leurs sensations corporelles, les remettre en mouvement, dans le mouvement de la vie... puisque très souvent en perte d'autonomie ils se dévalorisent et dépriment.

Travailler également avec les personnes pour qui la rééducation motrice est difficile, pour qui les kinésithérapeutes disent que la personne est « exagérément » douloureuse, anxieuse, en lien avec l'appréhension, la peur d'une nouvelle chute.

Il serait possible aussi de pratiquer l'hypnose lors des soins douloureux (pansement d'escarres...). A l'heure actuelle je n'ai pas encore fait ce travail d'informations auprès de l'équipe médicale mais je pense que ce mémoire sera l'occasion de faire une communication sur ce qu'est l'hypnose, sa pratique et ses indications.

Avec les personnes souffrants de troubles cognitifs l'hypnose conversationnelle permet d'avoir cette attention à l'autre, cette présence juste et authentique. Il y a nécessité d'être congruent avec ces personnes, très sensibles au mode de communication analogique.

Je souhaite donc persévérer dans ma pratique de l'hypnose, en complémentarité avec la relaxation et le toucher thérapeutique, mais je suis consciente que je ne pratiquerai plus de la même manière qu'avant. L'hypnose m'a ouvert une grande porte, celle qui mène à une ouverture plus grande en-core à soi et aux Autres.

Bibliographie

- (1) : Célestin-Lhopiteau, I., Thibault-Wanquet, P., (2006). *Guide des pratiques psychocorporelles*. Paris : Masson.
- (2) : Nègre, I., *Méthodes non médicamenteuses : compréhension actuelle des mécanismes d'action*. Revue Douleurs, janvier 2013.
- (3) : Roustang, JF., (2004). *Il suffit d'un geste*. Paris: Odile Jacob.
- (4) : Calza, A., Contant, M., (2007). *Psychomotricité*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson.
- (5) : sous la direction de Benhaiem, JM., (2012). *L'HYPNOSE aujourd'hui*. Paris : In Press éditions.
- (6) : Melchior, T., (1998). *Créer le réel*. Seuil.
- (7) : <http://www.hypnose.fr/hypnose/hypnose-ericksonienne>
- (8) : Bioy, A., Wood, C., Célestin-Lhopiteau, I., (2010). *L'aide-mémoire d'Hypnose*. Paris: Dunod.
- (9) : Violon, A., (2003). *Parler au corps par l'hypnose*. Douleurs. Volume 4. Numéro 5. Octobre : 251-254.
- (10) : Durand de Bousingen, R., (1971). *La Relaxation. Que sais-je ?* Paris : Presses Universitaires de France.
- (11) : Gaucher-Hamoudi, O., Guiose, M., (2007). *Soins palliatifs et psychomotricité*. Paris : HdF (Heures de France).
- (12) : Entretien réalisé par le Dr Patrick Sichère. *La relaxation : questions posées au Docteur Anne Margot-Duclot*. Douleurs. Volume 8. Numéro 6 : 377-379.
- (13) : Gineste, Y., Pellisier, J., (2010). *Humanitude*. Paris : Armand Colin.
- (14): Bioy, A., Moreaux, T., Pasturel, A., Wood, C., (20011). *L'hypnose et le Toucher-Massage pour soulager la douleur en fin de vie*. Soins pédiatrie-puériculture-n°262-septembre/octobre.
- (15) : <http://www.hypnose.fr/actualites-cancer-hypnose-curie/>
- (16) : Bioy, A., Wood, C., (2006). *Quelle pratique de l'hypnose pour les soins palliatifs ?* Médecine palliative ; 5 : 328-332
- (17) : <http://www.emergences-rennes.com/publications/hypnose-et-cancer/communication-hypnotique-en-cancerologie/>
- (18) : ouvrage coordonné par Jacquemin, D., de Broucker, D., (2009). *Manuel de soins palliatifs*. Paris : Dunod.
- Thibault-Wanquet, P., (2010) ; *Approche non médicamenteuse et psychocorporelle de lutte contre la douleur induite par les soins*. Soins. Volume 55, n° 749 : 47-49
- Desdames, A., Marchand, P., Moulin, JL., (2002). *L'hypnose pour traiter les nausées et les vomissements : ça marche !* Annales françaises d'anesthésie et de réanimation. Issy les Moulineaux : éditions scientifiques et médicales Elsevier.

Résumé

Hypnose, relaxation et toucher thérapeutique : pour une pratique psychomotrice intégrative auprès de patients adultes

La psychomotricité étant une thérapie à médiation corporelle, ses « outils » privilégiés auprès d'adultes vont être les approches psychocorporelles, telles que la relaxation, le toucher thérapeutique et l'hypnose. L'objet de cette étude est de montrer comment l'hypnose s'intègre parfaitement à ces pratiques et comment elle peut améliorer la prise en charge des patients atteints de cancer, en complément des traitements médicamenteux. Nous avons montré que l'utilisation conjointe de ces pratiques est possible lors des séances puisque celles-ci se réfèrent à la sensorialité et au rapport au corps dans sa dimension relationnelle.

Mais grâce à son ouverture sur les capacités créatives du patient, à sa faculté d'agir sur la perception des symptômes, à la participation active du patient, l'hypnose m'a permis d'accéder à une véritable transformation de la prise en charge des patients.

En effet ceux-ci ont vu leurs symptômes (douleurs et anxiété) diminués, leurs sensations corporelles améliorées et ont été capables de mobiliser certaines de leurs ressources, leur redonnant leur place de sujet si souvent perdue lors de l'hospitalisation.

De plus l'hypnose m'a permis d'améliorer la qualité de mon accompagnement thérapeutique indispensable et au cœur de mon approche psychocorporelle. Grâce à la grande adaptabilité de l'hypnose, à son interactivité, à l'accueil possible de tout ce qui vient du patient, elle m'a autorisé à une plus grande créativité et liberté.

L'hypnose, utilisée conjointement avec la relaxation et le toucher thérapeutique, a donc fait évoluer ma pratique de psychomotricienne, me permettant non seulement d'avoir une pratique plus ouverte et plus riche mais aussi une position de thérapeute plus juste et plus globale.

Mots clefs : hypnose, relaxation, toucher thérapeutique, psychomotricité, ouverture.