

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 sur son site :

<http://www.hypnose.fr>



Diplôme universitaire
Hypnose Médicale et Clinique
Année Universitaire 2014-2015
Université de la Réunion

APPORT DE L'HYPNOSE
DANS LA REEDUCATION PELVI-PERINEALE
ETUDE D'UN CAS CLINIQUE

Fanny ECHEVIN, Masseur kinésithérapeute
sous la direction de Frédérique MOHY, Médecin algologue

TABLE DES MATIERES

Introduction	p.2
I. Revue théorique des travaux et problématique	p.4
1. L'hypnose	p.4
A. Définition	p.4
B. Une relation thérapeute/patient	p.5
C. Le processus hypnotique	p.5
D. L'hypnose conversationnelle	p.6
E. L'induction	p.7
F. Les suggestions	p.8
G. Les métaphores	p.8
H. L'hypnose plus globalement...	p.8
2. La rééducation kinésithérapique des troubles pelvi-périnéaux	p.9
A. Le masseur-kinésithérapeute	p.9
B. La rééducation des troubles pelvi-périnéaux	p.10
a. La région pelvi-périnéale	p.10
b. Les troubles pelvi-périnéaux	p.11
c. La rééducation périnéale	p.12
3. Kinésithérapie et Hypnose	p.13
4. Problématique	p.14
II. Méthodologie de la recherche	p.14
1. Description de la population	p.14
2. Présentation du cadre de la rencontre	p.15
3. Présentation de la patiente	p.15
III. Résultats et données clinique	p.17
1. Les premières séances d'hypnose et de rééducation avec la réification: perception de la région périnéale	p.17
2. Induction par la respiration et ancrage du mouvement: utilisation du mouvement périnéal pour gérer les urgences mictionnelles	p.19
3. La safe place pour mieux gérer son anxiété	p.20

4. Utilisation d'une métaphore: décryptage des points essentiels de la vidéo p.22

IV. Discussion	p.22
1. Regard et analyse critique	p.22
A. les séances de réification	p.22
B. Utilisation de l'ancrage de la contraction périnéale	p.23
C. Utilisation de la safe place	p.24
D. La vidéo	p.25
2. Discussion éthique	p.26
3. Apport de cette étude	p.27
Conclusion	p.29
Bibliographie	p.30

REMERCIEMENTS

A Arnaud GOUCHET, Isabelle CELESTIN-LHOPITEAU et Antoine BIOY pour leur enseignement passionnant ainsi qu'à toute l'équipe pédagogique du D.U pour leur partage d'expérience.

A Frédérique MOHY, pour m'avoir soutenue et encouragée, pour le temps passé ensemble à corriger, reformuler...

A Me A., pour m'avoir fait confiance, pour s'être rendu autant disponible et pour le plaisir partagé de vivre ces expériences de l'hypnose.

A Blandine, Hélène, Léna, pour nos sessions débriefing, nos soirées « hypnotiques » et pour avoir fait en sorte qu'un lieu paisible et confortable soit toujours disponible pour travailler.

A Enora et Alice, pour votre aide précieuse dans la correction de ce mémoire.

A Grégoire, pour ton soutien et pour m'avoir permis d'arriver au bout de ce mémoire.

A Pablo et Jules, pour ma première expérience en hypnose et pour toutes celles à venir.

INTRODUCTION

Diplômée masseur-kinésithérapeute en 2004, j'ai toujours ressenti le besoin de continuer à me former afin de pouvoir prendre en charge mes patients le plus possible dans leur globalité. En effet, dès mes premières expériences professionnelles il m'a semblé évident que je ne pourrais pas me contenter de prendre en charge le corps physique en ignorant le corps émotionnel omniprésent dans ma pratique. Ce surtout actuellement, ayant spécialisé mon activité dans la pelvi-périnéologie. Cette rééducation spécifique m'a rapidement confrontée à des situations où la dimension émotionnelle était telle que je trouvais mes outils limités pour d'une part accompagner au mieux mes patients (et savoir référer si nécessaire) et d'autre part pour gérer l'impact que ces émotions pouvaient avoir sur moi.

C'est en discutant de ces difficultés que je me suis intéressée à l'hypnose.

En effet, je cherchais une formation qui pourrait m'apporter un éclairage sur cette dimension émotionnelle et me donner des outils utilisables dans ma pratique de kinésithérapeute.

Deux collègues ayant été formées récemment en hypnose m'ont parlé du Diplôme Universitaire d'hypnose médicale et clinique proposé par l'université de la Réunion et ont su éveiller ma curiosité.

Je ne connaissais alors que l'hypnose de spectacle, les magnétiseurs et leurs guérisons miraculeuses, les chamans... au fil de nos discussions, l'hypnose m'apparaissait comme, une pratique accessible et donnant des résultats très intéressants dans différents domaines en particulier dans la prise en charge de la douleur. J'ai donc décidé de me faire ma propre opinion.

J'étais encore loin de m'imaginer tous les champs d'application possibles de l'hypnose dans la kinésithérapie et plus particulièrement dans la rééducation pelvi-périnéale.

Après quelques hésitations, je me suis lancée dans l'expérience hypnotique avec quelques patients qui, informés de ma formation, étaient curieux et volontaires. Je les remercie encore pour m'avoir encouragée et pour leurs retours. Petit à petit, en m'adaptant au patient et à sa pathologie, j'ai proposé des séances d'hypnose formelle ce qui m'a permis de vivre des expériences toutes différentes et toujours enrichissantes que ce soit dans le cadre d'une prise en charge d'incontinence, ou pour améliorer la perception d'un mouvement périnéal très faible, ou encore dans la prise en charge des douleurs pelvi-périnéales.

C'est une de ces expériences que je souhaite partager dans ce mémoire car c'est celle qui m'a vraiment conduit à faire un « pas de côté » :

Madame A. m'a été adressée pour instabilité vésicale et incontinence urinaire nocturne suite à un long et fatigant parcours de soins(chimiothérapie, radiothérapie, curiethérapie) pour un cancer du col utérin découvert à un stade très avancé 7 mois plus tôt. Lorsqu'elle prend son premier rendez-vous, elle me demande de réaliser la rééducation à son domicile. J'ai accepté de me déplacer car la patiente est alors trop faible pour conduire tandis que j'ai l'habitude de travailler dans mon cabinet d'une part parce que mon matériel est non transportable et d'autre part parce que cette rééducation nécessite un environnement adapté, permettant une intimité professionnelle.

Plusieurs questions ont alors émergé :

Comment préserver cette intimité professionnelle quand je dois prendre en charge un dysfonctionnement de la région pelvi-périnéale, zone de l'intime, tout en étant dans la sphère privée de ma patiente ?

Comment amener ma patiente à accepter de venir au cabinet dans un deuxième temps ?

Comment l'hypnose peut m'aider dans cette situation ?

Comment à partir de cette expérience singulière, développer la pratique de l'hypnose en rééducation pelvi-périnéale ? Est-elle facilement utilisable dans cette rééducation ? En quoi elle a modifié mes prises en charge ?

Plus globalement, quel est l'apport de l'hypnose dans la prise en charge kinésithérapique des patients présentant des troubles de la région pelvi-périnéale ?

I. REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE

1. L'HYPNOSE

Je ne reviendrai pas sur l'historique de cette pratique, je vais seulement rapporter les éléments qui m'ont semblé les plus significatifs dans ma pratique.

A. Définition

L'hypnose médicale s'appuyant avant tout sur l'hypnose Ericksonienne, il m'a semblé logique de partir de l'histoire de Milton Hyland Erickson pour la définir.

Milton H. Erickson , psychiatre américain né en 1901 a joué un rôle déterminant dans l'histoire de l'hypnose. Atteint de poliomyélite sévère à l'âge de 17 ans, il survit après avoir sombré dans un profond coma qui le laisse presque entièrement paralysé. Seuls ses yeux restent mobiles et ses oreilles attentives. C'est dans ce contexte d'immobilité forcée qu'il développe différentes stratégies mentales comme la visualisation des mouvements et la réalisation virtuelle de ces mêmes mouvements jusqu'à ce qu'il perçoive un mouvement réel. Il commence alors sa rééducation. Grâce à la répétition d'exercices mentaux et physiques, il parvient à récupérer la quasi totalité de sa capacité de mouvement mais il gardera des séquelles douloureuses toute sa vie ce qui l'amènera à expérimenter l'hypnose sur lui-même et à développer de nouvelles stratégies thérapeutiques.

« Pour M.H. Erickson, l'inconscient est tout ce qui n'est pas conscient, c'est le dépositaire des apprentissages de vie du patient, c'est une instance positive et créatrice où, avec l'aide du thérapeute, le patient peut élaborer de nouvelles solutions plus souples et plus adaptées que la conduite symptomatique actuelle. Il montre que l'état hypnotique permet à la personne d'entrer en relation avec ses apprentissages et ses ressources inconscientes. » D. Michaux, Y. Halfon, C. Wood.

(1)

En hypnose Ericksonienne ; le thérapeute aide le patient à se connecter à ses propres ressources en utilisant son propre langage et divers outils de communication comme la suggestion, et plus particulièrement la métaphore afin d'induire un changement.

De manière « plus contemporaine », A. Bioy, I. Celestin-Lhopiteau et C.Wood propose : l'hypnose est un « état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi ». (2)

B. Une relation thérapeute/patient

Selon Bertrand Piccard, « l'hypnose est interactive. Le praticien s'implique, parle beaucoup, souvent davantage que son patient. Il participe à l'expérience hypnotique en entrant lui-même en transe légère afin de ressentir les effets de ce qu'il suggère; pour être plus créatif également dans la qualité de ses interventions et s'adapter plus étroitement à la sensibilité et aux besoins du patient ». (3)

Le thérapeute doit être dans un état de grande disponibilité; il doit laisser de côté ses problèmes personnels éventuels afin d'être pleinement présent pour son patient.

Le thérapeute va lui aussi être progressivement dans un état de conscience modifié.

D'après M. Meyer, « il s'ensuit ce que l'on peut appeler une communication d'inconscient à inconscient ». (4) ou comme le dit A. Bioy « c'est une relation quasiment sans défense avec le patient ». (5)

Il apparaît donc important que le patient ait une grande confiance en son thérapeute et que l'objectif de la séance soit connu.

Et c'est aussi au décours de cette relation que le soignant doit savoir adresser le patient à un confrère lorsque la situation le nécessite comme le dit Mireille Meyer : « s'il ne sait ou ne peut le prendre en charge ». (6)

Comme le rappelle Isabelle Célestin – Lhopiteau, « toute séance d'hypnose est donc une co-construction où le thérapeute s'adapte, s'ajuste constamment au patient qu'il a devant lui. C'est en permanence à partir de ce que le patient expérimente pendant la séance et dans cette relation d'attention particulière du thérapeute à son patient qu'un réaménagement du rapport au monde du patient peut apparaître ». (7)

C'est au sein de cette relation que s'établit le processus hypnotique.

C. Le processus hypnotique (7)

C'est un processus en plusieurs phases qui va permettre de lâcher progressivement la raison, la conscience, la logique pour laisser la place à une sensorialité plus fine, à la créativité afin de permettre au patient de se connecter avec ses ressources tant au niveau mental que corporel.

1. fixation sur un symptôme : le patient est focalisé, bloqué sur son problème, sa douleur, sa maladie...

2. L'induction : elle va permettre de défocaliser, de détourner l'attention du patient.

3. La dissociation : c'est le début de la phase thérapeutique où le patient va pouvoir se dissocier de ses propres perceptions pour aller vers un autre type de perception : la « perceptude ». (terme emprunté à F. ROUSTANG, Il suffit d'un geste, 2004)

4. La perceptude : cet état de perception permet en utilisant des suggestions et des métaphores, d'amener le patient à faire émerger ses propres solutions, à percevoir un changement, à faire un pas de côté, à sortir de l'immobilité.

5. Le retour : c'est la sortie de la transe ; le retour à l'instant présent en état ordinaire de conscience.

D. L'hypnose conversationnelle

« Il s'agit d'une hypnose moins formelle et plus axée autour de la discussion » A. Bioy, I. Celestin-Lhopiteau, C.Wood. (8)

Comme le précise A. Gouchet, « c'est un outil de communication à part entière » (9), en effet le thérapeute l'utilise dès l'accueil du patient, qu'il y ait ou pas par la suite une hypnose formelle ou lorsqu'une émotion surgit au cours d'un soin.

Cette communication hypnotique nécessite un ajustement du soignant au patient dans les 3 niveaux de langage que sont : le verbal, le paraverbal et le non verbal, adaptation qui sera facilitée par la connaissance du canal sensoriel préférentiel du patient.

En écoutant les mots, les expressions employés mais aussi en observant la gestuelle, le positionnement des yeux du patient, on peut déterminer son canal sensoriel préférentiel : on parlera alors de canal Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et parfois Gustatif (VAKOG).

L'ajustement du niveau verbal se fera par l'utilisation du langage du patient, de phrases affirmatives et positives, de phrases plutôt courtes et simples, par l'usage du saupoudrage (« calmement », « tranquillement », « paisiblement »), par la ratification et la reformulation.

L'ajustement du niveau paraverbal se fera par l'intonation et le rythme de la parole, l'usage des silences.

L'ajustement du non verbal se fera par un mimétisme subtil de la gestuelle, de la façon de parler, des expressions du visage du patient : le pacing. Le praticien peut aussi synchroniser sa respiration sur celle du patient et parler sur l'expiration.

Le seul procédé qu'on ne retrouvera pas réellement dans l'hypnose conversationnelle sera l'induction.

E. L'induction

Il existe beaucoup de façons d'induire l'hypnose et je ne développerai ici que les inductions que j'ai le plus utilisées dans ma pratique.

Le but de l'induction est d'amener le patient à changer de sensorialité, à entrer dans une relation plus intime avec lui-même, son corps et le monde qui l'entoure.

- L'induction par le lieu de sécurité ou safe place :

Pour B. Piccard, « il ne s'agit pas simplement pour notre intellect de trouver une idée ou un souvenir sympathique, mais bel et bien pour notre être tout entier d'éprouver, sous forme d'une sensation réelle, l'expérience positive associée à cette idée ou à ce souvenir ».

Il parle alors de « moment de grâce ». (10)

Demander à un patient de trouver ce lieu de sécurité va lui permettre, comme le souligne I. Celestin de se reconnecter avec un sentiment de sécurité intérieure et de développer ce sentiment. (11)

- L'induction par focalisation :

elle consiste à faire fixer un point au patient, ce qui lui permet de laisser de côté d'autres éléments de l'environnement. Ce mode d'induction conviendra particulièrement à un patient qu'on aura perçu plutôt visuel.

- L'induction par la respiration :

Le soignant accompagne progressivement le patient vers des sensations de plus en plus intérieures à lui-même en le faisant focaliser sur sa respiration.

- L'induction de Rossi :

Les mains du patient sont positionnées écartées de la largeur des épaules à hauteur du visage, les paumes se regardant. Les suggestions de rapprochement des mains par le thérapeute vont permettre de focaliser l'attention du patient. Cet exercice est donc à la fois une induction et une suggestion.

- La réification

La réification permet au patient de chosifier son symptôme par le biais du portrait chinois.

Cette chosification va permettre d'amener une modification de l'image par des suggestions de changement, ce qui va modifier le symptôme. Cet exercice aussi est à la fois une induction et une suggestion.

F. Les suggestions

Comme le dit A.Gouchet, « suggérer, c'est faire naître une idée ou une pensée, sans l'exprimer ni l'exposer ouvertement ». (9)

Les suggestions quelles soient directes ou indirectes sont utilisées tous les jours dès lors qu'il y a communication. En hypnose, elles sont utilisées pour permettre au patient de faire émerger ses propres solutions et sont donc utilisées aussi bien en hypnose conversationnelle qu'en hypnose formelle. On utilisera aussi la suggestion post-hypnotique pendant ou à la fin de la séance pour que les effets se produisent en dehors de l'état hypnotique, lorsque le patient en ressent le besoin.

G. Les métaphores

Selon Aristote, « les mots ordinaires transmettent ce que nous savons déjà, c'est la métaphore qui peut le mieux produire quelque chose de nouveau ». (12)

La métaphore est un outil essentiel de l'hypnose, elle va proposer au patient une nouvelle vision des choses et permet de façon indirecte d'amorcer le changement.

Les métaphores les plus efficaces sont soit celles directement apportées par le patient soit celles co-construites par le praticien et le patient influencées par les premières, s'appuyant sur le monde interne du patient.

H. L'hypnose plus globalement...

Pour B. Piccard, « l'hypnose n'est pas une technique mais un mode relationnel différent avec soi-même, avec les autres et avec son environnement. » (13)

En allant un peu plus loin, Isabelle Célestin-Lhopiteau définit l'hypnose « comme un art de vivre, un art de percevoir le monde où, loin d'être seulement une technique, l'hypnose apparaît comme une capacité naturelle, à laquelle se reconnecter et voire à développer. » (14)

L'hypnose est donc une capacité naturelle:

En effet, chacun l'a déjà expérimentée, lorsqu'on est absorbé par un bon film ou un livre, lorsqu'en conduisant on oublie de prendre la bonne sortie... L'hypnose fait partie de notre quotidien. Selon certaines études (Rossi 1995), certaines variations régulières du niveau de vigilance se produiraient toutes les 90 min, et favoriseraient l'entrée dans ces trances communes de la vie quotidienne. (15)

L'hypnose comme art de vivre par l'auto-hypnose:

Comme décrit juste avant, nous le faisons tous, quotidiennement et inconsciemment, mais pas toujours de façon positive. En effet les focalisations répétées sur des émotions négatives ou sur la douleur peuvent être considérées comme de l'auto-hypnose négative.

L'auto-hypnose « positive » va s'orienter sur les ressources pour trouver à l'intérieur de soi-même ses propres solutions.

Mais comme le précisent A.BIOY I. CELESTIN et C.WOOD, « pour parler d'auto-hypnose, il faut que le patient ait, au préalable, expérimenté l'hypnose avec un praticien puis, dans un second temps, qu'il l'expérimente seul ». (16)

2. LA REEDUCATION KINESITHERAPIQUE DES TROUBLES PELVI-PERINEAUX

A. Le masseur-kinésithérapeute

Le mot masseur kinésithérapeute vient du grec « massein » qui signifie pétrir, « kinésie » qui signifie mouvement et « therapeuein » qui signifie soigner. La masso-kinésithérapie serait donc le soin du mouvement par le toucher, c'est la thérapie de la gestuelle humaine. (17)

Le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes donne comme définition depuis 2009:

« La masso-kinésithérapie (physiothérapie) est une discipline de santé, une science clinique de l'Humain et un art. Elle est centrée sur le mouvement et l'activité de la personne. La masso-kinésithérapie exercée dans un but thérapeutique ou non, intervient à partir d'un diagnostic kinésithérapique et de l'évaluation concomitante à l'acte, notamment au moyen de techniques éducatives, manuelles et instrumentales. Elle favorise le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale, la gestion du handicap et le mieux-être des personnes ».

La prise en charge kinésithérapeutique est donc globale, le kinésithérapeute ne peut pas dissocier dans sa prise en charge le corps physique des composantes psychiques, sociales, culturelles et environnementale faisant partie intégrante du patient.

Les techniques employées par le kinésithérapeute peuvent être manuelles mais aussi instrumentales, verbales, éducatives.

Le patient est au centre du traitement afin de le rendre co-acteur puis, si possible, acteur dans la gestion de sa santé. Le kinésithérapeute a un rôle éducatif : tout au long de la prise en charge est mise en place l'éducation thérapeutique par le biais de divers exercices à réaliser à la maison et de conseils d'hygiène de vie.

La kinésithérapie intervient dans des domaines médicaux divers comme la neurologie, la pneumologie, la traumatologie, la gériatrie, la pédiatrie, la périnéologie. Cette dernière discipline représente la quasi totalité de ma pratique en tant que kinésithérapeute spécialisé en périnéologie.

La périnéologie est un terme inventé par Jacques Beco, Jack Mouchel et Georges Nelissen en 1998 pour désigner l'ensemble des troubles de la fonction périnéale pouvant concerner les femmes, les hommes et les enfants.

D'après le Dr Bernadette de Gasquet, les troubles urinaires sont aujourd'hui reconnus comme un problème de santé publique qui figure sans doute parmi les plus importants en nombre de personnes atteintes. 56% des femmes auraient des problèmes d'incontinence urinaire, dont plus de 49% avant 40ans. (18)

D'après l'HAS, la prévalence de l'incontinence urinaire représente 10 à 53% (selon la population étudiée et la définition retenue de l'incontinence urinaire). (19)

Les douleurs périnéales concernent près de 15% des femmes au cours de leur vie. (20)

B. La rééducation des troubles pelvi-périnéaux

a. La région pelvi-périnéale

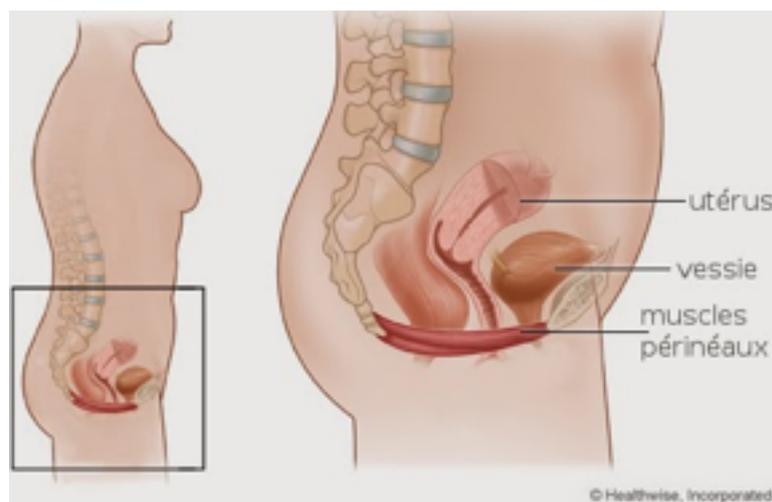
C'est une zone anatomique composée du bassin ou pelvis et du périnée, située à la jonction entre les membres inférieurs et le tronc.

Le bassin représente le cadre osseux du périnée. Il est composé de 4 os disposés comme un anneau osseux: les deux os coxaux, le sacrum et le coccyx.

Le périnée est un ensemble complexe de muscles, de tissu conjonctif, vascularisé et innervé qui ferme la zone inférieure du pelvis.

Le périnée musculaire s'organise en deux plans : le plan superficiel formé par différents muscles qui se croisent au niveau d'une zone appelée centre tendineux du périnée et le plan profond qui a la forme d'un hamac tendu du pubis au coccyx qui soutient dans sa concavité tous les organes pelviens internes, la vessie, l'utérus (chez la femme) et le rectum.

En plus de cette fonction de soutien des organes, le périnée permet les fonctions de miction, de défécation et de continence. Il est également impliqué dans la fonction sexuelle et est directement lié à la fonction reproductive.



La région pelvi-périnéale est aussi une zone très innervée à la fois par le système nerveux somatique volontaire et par le système nerveux autonome, involontaire.

b. Les troubles pelvi-périnéaux

Les pathologies fonctionnelles périnéales sont volontiers associées et intriquées :

- Troubles de la fonction vésico-sphinctérienne : incontinence urinaire d'effort, par urgenturie (envie soudaine et irrésistible d'uriner) ou mixte, dysurie (difficulté à la miction), pollakiurie (fréquence excessive des mictions)

- Troubles de la fonction ano-rectale : incontinence anale, dyschésies (difficulté à évacuer les selles).
- Troubles de la statique pelvienne: prolapsus (descente anormale d'un ou plusieurs organes dans la cavité pelvienne).
- Troubles de la fonction génito-sexuelle.
- Douleurs pelvi-périnéales.

Toutes ces pathologies affectent profondément l'espace corporel, émotionnel et relationnel des patients.

c. La rééducation périnéale

Comme le disent Hélène Colangeli-Hagege et Max Paul Cappelletti « la rééducation périnéale s'adresse à une partie du corps qui ne se voit pas et ne se montre pas. Cet interdit n'est pas à dénier ou transgresser mais à contourner par des attentions, des marques de respect, la sollicitation du consentement». (21)

La rééducation périnéale est un ensemble de techniques permettant de restaurer quand cela est possible, la fonction périnéale.

Elle concerne principalement les femmes mais aussi les hommes et les enfants. Elle peut être prescrite à but curatif ou préventif.

Chez les femmes, différents événements de leur vie peuvent provoquer un affaiblissement du plancher pelvien et donc potentiellement par la suite des troubles pelvi-périnéaux. C'est le cas de la grossesse et l'accouchement mais aussi la pratique de certains sport, la ménopause et de toute pathologie touchant les organes pelviens.

Chez les hommes, la rééducation périnéale est quelquefois nécessaire après une prostatectomie ou après certaines chirurgies digestives basses.

Pour les enfants, la rééducation périnéale peut être nécessaire en cas d'encoprésie, d'énurésie, de malformations ano-rectales...

Elle débute toujours par une phase d'information sur la pathologie, sur le rôle et le fonctionnement du périnée et sur le déroulement des séances de rééducation et leur progression, ce qui va permettre d'installer le dialogue, la relation thérapeutique et le consentement du patient.

Plusieurs techniques sont ensuite utilisées en fonction du bilan diagnostic kinésithérapique:

- Techniques manuelles : prise de conscience de la mobilité périnéale, renforcement musculaire spécifique, massage cicatriciel.
- Techniques instrumentales : renforcement musculaire, proprioception par électrostimulation fonctionnelle et bio-feed-back.
- Techniques comportementales : éducation, correction de certaines habitudes , conseils d'hygiène de vie, auto-entraînement des muscles du plancher pelvien.
- Techniques globales : correction posturale, thérapie manuelle du bassin et du rachis dorso-lombaire si nécessaire, gymnastique abdominale spécifique, respiration, relaxation.

La prise de conscience de la mobilité périnéale et abdominale est au centre de la rééducation périnéale. La majorité des techniques utilisées auront pour but d'améliorer la perception du mouvement périnéal, du mouvement du bassin et de l'enceinte abdominale.

La participation volontaire et active du patient est nécessaire dans cette rééducation. Les bénéfices apportés ne pourront se pérenniser qu'à la condition que la patiente poursuive un « autoprogramme » une fois les séances terminées.

3. KINESITHERAPIE ET HYPNOSE

A ce jour, le terme d'hypnose est rarement associé à celui de kinésithérapie.

L'hypnose ne fait en effet pas partie du programme d'enseignement de la kinésithérapie et il existe peu d'études sur l'apport de l'hypnose dans les diverses prises en charge kinésithérapique.

Pourtant comme le rappelle Claude Virot en parlant de l'hypnose Ericksonienne : « Née dans un contexte de rééducation et de traitements de douleurs chroniques, il était tout naturel qu'un jour l'hypnose vienne « dans les mains » des kinésithérapeutes ». (22)

En effet, en tant que kinésithérapeute, nous sommes quotidiennement confrontés à la douleur quelle soit aigue, chronique ou induite par nos propres soins. Nous utilisons alors toutes nos techniques kinésithérapiques antalgiques afin de soulager, de rendre le soin plus confortable.

De plus, dans certaines prises en charge, notre objectif sera de remettre en mouvement par des mobilisations passives, actives aidées ou actives, par la respiration. Et même, dans le cadre plus spécifique de la prise en charge de patients atteints d'hémiplégie, par l'imagerie mentale qui comme le montre certaines études permettrait de recréer des réseaux neuronaux grâce à la plasticité cérébrale. (23)

L'hypnose participe à la remise en mouvement là où il y a blocage que ce soit au niveau psychique ou physique. Elle agit sur la globalité du patient.

Comme le dit Isabelle Célestin-Lhopiteau « l'hypnose va remettre en mouvement face à l'immobilisation ». (24)

Dans ces notions de mouvement, de retour au corps, de confort, de globalité, l'hypnose et la kinésithérapie apparaissent comme deux techniques complémentaires.

4. PROBLEMATIQUE

Quel peut être l'apport de l'hypnose dans la rééducation des troubles pelvi-périnéaux?

Comment l'intégrer dans ma pratique au quotidien ? Plus particulièrement dans le cadre de mon cas clinique, comment l'hypnose a pu faciliter la prise en charge des ces troubles à domicile ? Et comment l'hypnose a permis, dans un second temps, à la patiente d'accepter de se rendre au cabinet pour cette prise en charge spécifique ?

Je peux faire l'hypothèse que l'hypnose peut faciliter la prise de conscience de la mobilité périnéale, améliorer le schéma corporel, diminuer les perceptions douloureuses et donc améliorer ma prise en charge.

Egalement, que mon rapport aux patients a pu se modifier, amenant un climat de confiance accrue, un lien thérapeutique plus fort, une meilleure communication.

II. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

Etant spécialisée en périnéologie, je reçois principalement des patients présentant des troubles de la région pelvi-périnéale. Cette population représente 80% de mon activité, les 20% restant concernent

des patients de tout âge présentant tout type d'affections que nous sommes amenés à prendre en charge dans un cabinet de kinésithérapie non spécialisé. Ces affections peuvent être d'origine neurologique, respiratoire, traumatologique, pédiatrique, rhumatologique.

Les patients viennent au cabinet avec une prescription médicale provenant principalement du médecin traitant ou d'un spécialiste et en ce qui concerne les affections pelvi-périnéales du gynécologue, de l'urologue, du gastro entérologue ou du médecin algologue.

Après avoir expérimenté l'hypnose avec divers patients qui, informés de ma formation, ont voulu découvrir l'hypnose, j'ai décidé de cibler mon mémoire sur mon activité spécialisée en pelvi-périnéologie et en particulier sur l'étude d'un cas clinique.

2. PRESENTATION DU CADRE DE LA RENCONTRE

Je travaille actuellement sur deux cabinets de kinésithérapie :

Le premier est un cabinet d'omnipraticque dans lequel nous sommes trois kinésithérapeutes à travailler alternativement. Nous avons trois salles de rééducation permettant de prendre en charge les patients individuellement. Le second est un cabinet spécialisé en périnéologie dans lequel je travaille seule.

Dans les deux cabinets, nous recevons les patients sur rendez-vous et effectuons des séances de 30 minutes. Nous sommes aussi amenés à nous déplacer à domicile lorsque les patients ne peuvent pas se rendre au cabinet par leur propre moyen et que le médecin l'a prescrit.

Il est toutefois très rare que je me rende à domicile pour prendre en charge un trouble de la région pelvi-périnéale ce qui a été le cas pour la patiente de mon cas clinique.

3. PRESENTATION DE LA PATIENTE

Me A., 46 ans est en cours de traitement pour un cancer du col utérin.

En août 2014, suite à des saignements anormaux, le gynécologue lui découvre un carcinome épidermoïde du col utérin de 6.5cm stade III B avec atteinte vaginale et ganglionnaire pelvienne. S'en suit un long et fatigant parcours de soins avec chimiothérapie et radiothérapie ainsi qu'une curiethérapie ayant nécessité un séjour en métropole de 3 semaines, les dernières séances d'irradiation locale ont eu lieu en décembre 2014.

Lorsque je rencontre Me A. mi-mars, elle est en cours d'évaluation avec pour le moment une bonne réponse clinique. Un scanner est prévu pour la fin du mois.

Me A. a trois enfants, un garçon de 21 ans qui vit en métropole, un autre de 19 ans qui vit avec elle, tous deux issus d'une première union ainsi qu'une fille de 5 ans issue d'une deuxième union.

A ce jour, elle vit séparée du père de sa fille et ce dernier est très peu présent dans la vie de son enfant.

Me A. ne travaille pas et sort très peu, elle a perdu beaucoup de poids avec son traitement, elle se sent souvent fatiguée et a du mal à supporter le regard des autres. Elle voit principalement sa famille (un de ses frères habite avec elle depuis l'annonce de sa maladie) et ses amis qui sont présents et facilitent son quotidien.

Me A. me décrit son parcours de soin avec calme, elle me fait part de la peur de mourir qu'elle a pu ressentir lors de l'annonce. Cette peur a été tellement forte qu'elle n'a pas voulu croire au diagnostic de cancer jusqu'à claquer la porte du gynécologue avec colère. C'est le radiothérapeute qui reprend le contact et l'a convaincu d'accepter le traitement. Aujourd'hui elle veut laisser tous ces soins douloureux, toute sa peur derrière elle. Elle est confiante et croit en la guérison. Par contre, elle décrit de fortes angoisses allant jusqu'à des crises de panique lorsqu'il s'agit de retourner sur l'hôpital passer des examens.

Elle garde des séquelles de son traitement : incontinence urinaire nocturne sur urgenturie et pollakiurie diurne et nocturne. Son radiothérapeute me l'adresse. Les mictions sont en effet au nombre de 10 par jour et 4 par nuit avec des fuites régulières ce qui oblige la patiente à porter trois protections par jour et une la nuit. Me A. présente aussi des fuites insensibles dans la journée. Elle décrit aussi une sécheresse vaginale et des douleurs ressenties au niveau vulvaire et vaginal lors de la toilette intime. En raison d'une obstruction urétérale, une sonde JJ a été posée (d'abord à gauche puis à droite) responsable de douleur intermittente au niveau rénal, ressentie par la patiente.

La patiente me demande de réaliser les séances à domicile, elle se sent encore trop faible pour conduire et sous-entend dans notre entretien qu'elle préfère que je n'examine pas sa région intime.

En prenant en charge une problématique de l'intime dans la sphère privée de la patiente et au vu de ses antécédents, de ses craintes et de ses angoisses, je décide de n'utiliser que les techniques de rééducation comportementale et globale. Il m'a semblé alors que l'hypnose pouvait aussi être d'une aide précieuse dans cette prise en charge.

Lorsque j'ai évoqué l'idée de réaliser des séances d'hypnose en complément de la rééducation, Me A. a de suite approuvé sans aucune appréhension. Ni elle ni moi ne le savions encore mais Me A. pratiquait déjà une forme d'auto-hypnose.

III. RESULTATS ET DONNEES CLINIQUE

Je prends en charge Me A. depuis maintenant six mois à raison d'une séance par semaine en moyenne, nous avons donc eu l'occasion d'expérimenter l'hypnose sous différentes formes en l'alternant ou en l'intégrant aux séances « classiques » de rééducation périnéale.

Je ne relaterai pas toutes les séances effectuées mais celles qui ont été pour moi ou la patiente les plus marquantes. L'une de ces séances a fait l'objet d'une vidéo que je décrypterai dans le chapitre D.

Les séances se déroulent donc au domicile de Me A. , dans sa chambre. La patiente s'installe sur le lit et je m'installe en général assise à côté d'elle sur le bord du lit.

1. Les premières séances d'hypnose et de rééducation avec la réification: perception de la région périnéale.

C'est au cours de notre deuxième rencontre, la première ayant permis la prise de contact, la réalisation du bilan et la mise en place des prochaines séances, que je décide d'expérimenter l'hypnose. Après avoir expliqué ce qu'est le périnée, où il se situe et son fonctionnement, je lui demande de me décrire ce qu'elle perçoit, comment elle voit sa région périnéale.

Me A. décrit alors : *« mon vagin est comme mort, cramé. Il ne fait plus partie de mon corps sauf quand j'ai une douleur. Je ne veux pas y penser, pas en parler. C'est sale, sec et mort »*.

Je demande alors si elle est gênée par ses fuites urinaires, ce à quoi elle répond que oui, bien sûr.

Je lui explique alors que pour l'aider et améliorer son quotidien, nous allons parler de sa zone intime sans la toucher directement, que nous allons redonner de la vie, du mouvement dans son vagin, si elle est d'accord. Elle acquiesce d'un mouvement de tête.

Je décide alors d'essayer une réification et lui demande *« si c'était une forme, un objet, une couleur ce serait quoi ? »* Me A. me répond : *« un rectangle noir aux angles pointus »*.

Je lui propose de s'installer le plus confortablement possible et après avoir porté son attention sur une partie des canaux sensoriels du VAKOG (je n'utilise que le VAK: visuel, auditif, kinesthésique) je lui propose de fermer ses yeux et de visualiser ce rectangle noir aux angles pointus. Je lui

demande alors de me le décrire encore plus en détail : sa taille, son épaisseur, l'intensité de la couleur... puis de me dire si elle peut voir quelque chose se modifier ou apparaître autour. Elle voit alors un nuage blanc tout autour puis elle arrive à réduire la taille de son rectangle et ce dernier commence à s'éclaircir par endroit jusqu'à voir du orange apparaître dans le rectangle ainsi qu'une ligne le coupant en deux. L'image ne se modifiant plus, je lui propose de porter son attention à nouveau sur ses sensations kinesthésiques puis auditives et enfin visuelles afin de revenir ici et maintenant. Nous n'allons pas plus loin ce jour là.

Quand je revois Me A. la séance suivante, elle me raconte qu'elle a continué à visualiser ce rectangle chez elle et qu'il s'est encore modifié : le trait a disparu et le rectangle est de plus en plus petit, elle me dit qu'elle essaie de l'aplatir de plus en plus.

Je suis étonnée qu'elle se soit aussi vite approprié l'exercice et ratifie ses expériences.

Je lui propose alors de refaire ensemble une séance de réification et de me dire si une autre image apparaît aujourd'hui.

Me A. voit une balle jaune en mousse. Durant la séance cette balle se modifie et Me A. s'imagine la faire bouger, l'écraser pour la faire partir puis pour finir la malaxer petit à petit, jouer avec...

Me A. a l'air d'être amusée par cet exercice et étonnée des images qu'elle peut trouver.

Je ratifie le fait que son image se soit modifiée et que du mouvement soit apparu.

Me A. est contente d'elle et me dit que nos séances lui font du bien, les troubles urinaires et les douleurs sont toujours là mais elle se sent mieux.

Les deux séances suivantes, je ne propose pas l'hypnose, je réalise alors des séances de rééducation périnéale en recherchant la mobilité du périnée par des techniques globales et comportementales et me surprends à réutiliser la balle de mousse décrite par la patiente, à parler de manière plus calme, à saupoudrer... Sans proposer une séance d'hypnose formelle et sans m'en rendre compte, j'utilise alors la communication hypnotique. La patiente est toujours très volontaire et commence à sentir qu'elle contrôle mieux sa vessie. Par contre, elle me dit qu'elle a l'impression que son périnée bouge à l'entrée mais pas en profondeur. La profondeur représentant pour elle la zone la plus touchée par son traitement.

A la séance qui suit, je propose à ma patiente de refaire une séance « comme avant » en la complétant par d'autres techniques. Me A. est curieuse et partante.

Cette fois Me A. visualise « *la tour Eiffel* » ; petite au départ, elle prend de plus en plus d'espace à sa base au cours de la séance; la couleur gris métallique change vers un gris de plus en plus clair....

Je complète alors le travail avec la respiration et la perception dans un premier temps du mouvement de l'abdomen, du diaphragme pour ensuite amener du mouvement au niveau périnéal. Je propose à la patiente d'imaginer le périnée qui à chaque expiration remonte le long de cette tour Eiffel vers son sommet, en direction du nombril et à chaque inspiration se relâche vers la base, vers les pieds de la tour Eiffel. Je précise que le périnée peut commencer par monter au premier étage et qu'à son rythme, il montera petit à petit à chaque expiration un peu plus haut et que peut-être qu'aujourd'hui il s'arrêtera à un certain niveau et que ce sera déjà très bien.

J'ai ensuite rajouté une suggestion post-hypnotique en lui disant « *à tout moment où tu en auras envie ou besoin, tu pourras ressentir ce mouvement en t'installant confortablement, en te concentrant sur ta respiration et en visualisant ton périnée remonter le long de cette tour Eiffel à chaque expiration et se relâcher à chaque inspiration* ».

J'ai ensuite fini la séance par : « *ta respiration va maintenant se calmer et le périnée est libre de bouger ou pas au rythme de cette respiration calme, tranquille, confortable... peut-être que tu vas t'apercevoir qu'il bouge tout seul sans que tu y penses... ou pas... et c'est très bien comme ça... tu vas pouvoir reprendre conscience des appuis de ton corps sur ton lit, tes pieds, tes mollets, tes fesses, ton dos, ta tête, tes bras... tu peux réécouter les bruits qui nous entourent, le bruit des voitures, le vent dans les arbres, ma voix... et tranquillement quand tu en as envie tu peux réouvrir tes yeux ... voilà comme ça...c'est très bien... et regarder autour de toi, retrouver ta chambre avec ses couleurs, la luminosité de la pièce, les meubles... et revenir ici et maintenant confortablement.* »

2. Induction par la respiration et ancrage du mouvement: utilisation du mouvement périnéal pour gérer les urgences mictionnelles

Me A. perçoit maintenant très bien le mouvement périnéal, par contre, même si elle contrôle mieux sa vessie par moment, de vraies urgences sont encore présentes avec des fuites, ce qu'elle a du mal à vivre au quotidien. Je propose alors une séance d'hypnose formelle avec pour but d'ancrer la contraction périnéale afin de mieux l'utiliser pour inhiber la contraction du détrusor, muscle de la vessie.

Nous avons donc commencé la séance par l'installation et le VAK puis par l'induction par la respiration en associant progressivement au mouvement du diaphragme et de l'abdomen, le mouvement périnéal avec la contraction à chaque expiration et le relâchement à chaque inspiration, j'ai ajouté une image de vague qui traverse le corps et qui à chaque expiration remonte des pieds vers la tête en passant par le périnée et en le mobilisant vers le nombril et qui à chaque inspiration

repart vers les pieds en passant par le périnée et en le faisant relâcher. Une fois la contraction bien perçue, je lui ai proposé de se concentrer seulement sur ce mouvement et de maintenir la contraction quelques secondes puis de relâcher un temps un peu plus long et de recommencer. J' ai demandé à ma patiente de me faire un geste comme par exemple lever un index lorsqu'elle arrivait à maintenir la contraction 5 secondes confortablement ce qu'elle fit très rapidement puis je lui ai proposé de bien centrer son attention sur cette sensation de contraction et de choisir un geste facilement reproductible dans la vie quotidienne comme serrer le pouce et l'index ou fermer le poing ou un autre geste de son choix qu'elle associera à cet état de contraction. Elle choisit alors de serrer le poing. Je ratifie son choix et lui dis ensuite que « *dès que tu ressentiras l'envie urgente d'aller aux toilettes, avant même de commencer à y aller, tu pourras fermer ton poing pour retrouver cet état de contraction, de fermeture du périnée tel que l'on vient de le travailler. Tu devras reproduire ce geste le nombre de fois nécessaire pour sentir ta vessie se calmer* ». (Je suis alors un peu plus directive et ma patiente acquiesce d'un mouvement de tête). La sortie de transe s'effectue en se concentrant à nouveau sur la respiration puis sur ses appuis... les bruits... l'ouverture des yeux... et l'environnement visuel...

3. La safe place pour mieux gérer son anxiété

Au cours d'une de nos séances, Me A. me fait part de son angoisse à retourner à l'hôpital la semaine suivante pour enlever sa sonde JJ. Une première sonde JJ a été mise en place au début de son traitement, a été retirée il y a quelques mois mais la patiente garde un mauvais souvenir de cet examen tant au niveau humain qu'au niveau des douleurs ressenties. Malheureusement peu de temps après, il a été nécessaire de remettre une sonde JJ à gauche ainsi qu'à droite en préventif. Me A. a alors eu une anesthésie générale, ce qu'elle a vraiment apprécié. Elle aimerait en avoir à nouveau une pour l'ablation mais son nouvel urologue lui a expliqué que cet examen n'en nécessite pas, que toute anesthésie n'est pas sans risque; que l'ablation serait rapide et peu douloureuse.

La sonde gauche commence à la gêner et est peut être en cause dans la réapparition des urgences mictionnelles (qui avaient disparu en cours de prise en charge). Me A. commence en plus à avoir des difficultés à lever la jambe gauche.

Même si Me A. arrive à verbaliser qu'elle comprend qu'il faut l'enlever, elle est très anxieuse à l'idée de revivre cet examen.

Je lui propose alors de faire une séance d'hypnose et de mettre en place un lieu sûr qu'elle puisse retrouver lors de cet intervention.

Comme d'habitude nous commençons la séance par le VAK puis par la respiration jusqu'à ce que je propose à ma patiente qui a déjà les yeux fermés : *«ta respiration est calme, sereine... et tandis que ta respiration respire, tu imagines un chemin devant toi, un chemin de terre, de sable ou en béton peu importe ; ce chemin est peut être large ou étroit, il y a peut être des arbres, de la végétation, des maisons autour de toi tandis que tu avances sur ce chemin tranquillement, confortablement... ce chemin t'amène dans un lieu de ton choix, un lieu sûr et agréable pour toi, un lieu dans lequel tu te sens bien, paisible, sereine...et tu peux regarder autour de toi la nature qui t'entoure, les objets, les couleurs, peut-être qu'il y a aussi des personnes qui te sont chères dans ce lieu... tu peux écouter les bruits autour de toi... peut-être des bruits de nature, peut-être une musique que tu aimes... tu peux maintenant sentir l'air sur ta peau... peut-être un air frais ou chaud ... le contact de tes pieds sur ce sol...dans ce lieu où tu te sens bien, paisible, confortable... tout ton corps est confortable... libre de tout mouvement ... tu profites de ces sensations de calme et de confort ... tu peux peut-être donner un nom à ce lieu ... un nom de ton choix... tu pourras me faire un signe dès que tu as trouvé ce nom... (ma patiente lève alors l'index de la main droite)... très bien..maintenant que tu connais le nom de cet endroit il te suffira de t'installer le plus confortablement possible, de respirer tranquillement et de prononcer ce nom intérieurement pour retrouver cet état de calme et de sérénité dans lequel tu es en ce moment et ce à tout moment où tu pourrais en avoir besoin ... comme lors de l'ablation de ta sonde la semaine prochaine que tu pourras vivre plus confortablement en étant dans ce lieu sécurisant... tu as déjà fait l'expérience de cette ablation et le geste peut être différent cette fois ... le médecin est déjà différent..donc il n'y aura pas nécessairement les mêmes problématiques...tu entendas certainement comme la dernière fois le personnel soignant autour de toi, peut-être aussi des bruits métalliques, des bruits de machine, tu sentiras certainement ce petit tuyau à gauche qui commence à bouger et tu pourras décider de l'accompagner à sortir tout en respirant profondément et plus tu respireras profondément plus la sonde sortira confortablement et plus tu te sentiras soulagée... ce sera un pas de plus vers la guérison...un soulagement...tu pourras dès que le soin est terminé décider de quitter ce lieu tranquillement en reprenant le chemin que tu avais emprunté pour y aller en sens inverse et tu peux le faire maintenant ... tu vas quitter tranquillement ce lieu et reprendre le chemin en sens inverse pour revenir ici et maintenant... tu peux ressentir à nouveau tes appuis sur le lit...écouter les bruits autour de nous...les voitures qui passent dans la rue, la tôle qui claque sous la chaleur du soleil... ma voix... et tranquillement tu peux ouvrir tes yeux et regarder autour de toi... revenir ici et maintenant... ».*

Me A est calme et tranquille après la séance, elle me dit qu'elle fait régulièrement l'exercice de la safe place et qu'elle le faisait déjà avant qu'on se rencontre à sa façon. Elle a pris l'habitude depuis

l'annonce de sa maladie, lorsqu'elle se sent stressée, de se mettre dehors ou à la fenêtre, de fixer son regard sur le ciel, et de s'imaginer ailleurs, un ailleurs qui lui fait du bien.

4. Utilisation d'une métaphore : Décryptage des points essentiels de la vidéo (annexe)

J'ai commencé cette séance comme les précédentes; ma patiente s'est installée sur son lit et je me suis assise à côté d'elle, j'ai ensuite proposé à ma patiente de porter son attention sur le VAK puis de se concentrer sur sa respiration.

Je lui ai demandé de choisir une couleur bienveillante, qu'elle associe à quelque chose d'agréable et de me le signaler dès qu'elle l'a trouvée. Ce qu'elle fait en levant l'index de la main droite.

Cette couleur est celle de l'air qui entre à chaque inspiration, un air régénérant. L'expiration lui permet de rejeter tout ce qui encombre son corps et son esprit. J'insiste assez longtemps sur cette respiration, sur l'alternance des expirations et des inspirations et sur la sensation de confort et de calme qu'elle peut ressentir afin d'amener la patiente à se dissocier de son inconfort, de sa maladie.

J'utilise ensuite une métaphore sur le volcan qui en ce moment fait l'actualité et sur la nature qui non sans effort parvient toujours à reprendre le dessus après avoir été détruite par les coulées de lave. Pour insister sur la force de la nature, j'évoque aussi les cyclones qui peuvent changer complètement un paysage sur le moment et quelques mois, années plus tard la nature luxuriante de l'île qui reprend le dessus.

Le retour débute par la respiration, je fais alors une suggestion post hypnotique pour que la patiente puisse retrouver le confort, le calme ressenti grâce à la respiration à tout moment où elle en aurait besoin. La sortie de transe se termine par le VAK en commençant par le contact de ses mains posées sur son ventre, ses appuis sur le lit puis les bruits autour de nous « la tôle qui craque sous le soleil », ma voix et la réouverture des yeux tranquillement avec le regard qui se porte sur ce qui nous entoure pour revenir ici et maintenant.

IV. DISCUSSION

1. REGARD ET ANALYSE CRITIQUE

A. Les séances de réification

Au cours de ma deuxième rencontre avec la patiente, je me lance comme j'ai l'habitude de le faire dans des explications sur le périnée, sa situation, son anatomie, son rôle... et seulement après je demande à Me A. comment elle, elle perçoit cette zone de l'intime, quelle image elle s'en fait et je me rends alors compte que j'aurai dû commencer par là. J'avais beaucoup plus à apprendre d'elle à ce moment là que elle de moi. Lorsqu'elle me décrit sa région périnéale comme « *morte, crâmé, ne faisant plus partie de son corps, sale, sèche...* »; j'en prends immédiatement conscience et recadre alors mon discours. Je ne pensais pas en arrivant que j'allais dès aujourd'hui utiliser l'hypnose dans la séance pourtant le choix de la réification m'est venu naturellement.

Ce jour là, prise par le temps, nous nous sommes arrêtées là sans débriefer sur la séance.

Ce n'est que lors de la séance suivante que Me A. me parle directement de son ressenti. Elle s'est approprié l'exercice très facilement et s'est exercée à continuer à modifier son image, elle a l'impression que ça lui fait du bien. Je ne cherche pas à en savoir beaucoup plus et décide alors de continuer par l'utilisation de la réification sur quelques séances, J'aurais peut-être pu utiliser d'autres techniques d'hypnose mais comme elle adhère bien à cette forme d'hypnose et que je ne suis pas encore à l'aise avec toutes les alternatives possibles, je trouve ce choix confortable.

Me A. trouve l'exercice de réification amusant et étonnant par les images qui lui viennent, elle me dit même « *je dois être un peu folle pour voir une tour Eiffel à la place de mon vagin...* » tout en rigolant.

Je pense que ces quelques séances ont vraiment permis d'établir l'alliance thérapeutique, un climat de confiance réciproque. De plus, elles ont permis, (en complément des techniques de mobilisation globale et de thérapie manuelle externe sans contact direct sur le périnée) à la patiente de se réapproprier sa région intime. Son périnée, son vagin, son petit bassin étant alors à nouveau associés à son corps.

Elle pouvait maintenant se regarder nue devant le miroir, se laver avec moins d'appréhension, et mobiliser son périnée en percevant le mouvement.

Il est difficile de savoir quels auraient été les résultats sans l'utilisation de l'hypnose mais mon expérience me fait penser que nous avons gagné du temps. La mise en place de l'auto-hypnose a été rapide ce qui a permis à la patiente de s'auto-réduquer et de récupérer plus vite.

B. Utilisation de l'ancrage de la contraction périnéale

Ma patiente étant très réceptive aux séances d'hypnose, j'ai décidé d'y intégrer un exercice de rééducation périnéale : tenir la contraction quelques secondes, relâcher et recommencer autant de

fois que nécessaire pour calmer ses urgences. Cet exercice fait appel au réflexe inhibiteur périnéo-détrusorien ou réflexe A3 de Mahony qui permet par le biais de contractions périnéales répétées d'inhiber le détrusor, muscle de la vessie et donc de traiter l'urgenterie.

Ma patiente a réutilisé cet ancrage (serrer son poing voir les deux selon le degré d'urgence) à chaque fois qu'elle en a eu besoin par la suite.

Cette séance m'a permis de voir que je pouvais complètement intégrer des techniques de kinésithérapie au sein d'une séance d'hypnose et inversement. J'avais déjà associé la recherche de la contraction périnéale et l'hypnose, ce qui restait un exercice de perception globale, de ressenti sans rechercher un autre effet par la contraction.

Les troubles urinaires se sont améliorés au cours de la rééducation et ont complètement disparu après la première ablation de la sonde JJ.

C. Utilisation de la safe place

Nous avons déjà expérimenté l'induction par la safe place mais sans avoir d'autre but que de ressentir du confort et du calme. Je savais que ma patiente était très anxieuse à chaque examen médical et depuis le début de ma prise en charge ils ont été nombreux malheureusement. Je savais que l'hypnose pouvait l'aider à gérer son anxiété mais je ne me sentais pas prête à aborder cette difficulté avec elle jusqu'à cette séance. L'ablation de la sonde était prévu pour la semaine suivante et ma patiente était déjà très angoissée.

Je pense que la relation thérapeutique que nous avons installée était telle que je me suis sentie prête à essayer de travailler sur son anxiété. Je me suis aussi souvenue de ce qu'Arnaud Gouchet nous a enseigné « il se passe toujours quelque chose » « il faut avoir confiance en soi et en l'autre, ne rien attendre, être dans l'instant présent ». (9)

Après cette séance, ma patiente est assez sceptique. Elle a apprécié la séance comme les précédentes, elle se sent bien là, maintenant mais ne pense pas être capable de retrouver ce lieu pendant l'examen. Elle me dit qu'elle est tellement stressée lors des soins qu'elle ne sait pas comment y arriver sans ma voix.

Je me dis alors que la safe place n'était peut être pas l'exercice le plus approprié vu le degré d'anxiété décrit. Pour ma voix, je lui propose une autre séance avant son intervention afin d'« enregistrer » ma voix.

Nous nous sommes donc revues et j'ai décidé d'utiliser l'induction par la respiration et suggéré qu'elle pouvait enregistrer ma voix et la réécouter à tout moment où elle en aurait besoin... Elle est à nouveau sceptique, me dit qu'elle trouve cet exercice difficile. Je lui propose de s'entraîner

jusqu'à l'intervention et lui rappelle qu'elle a beaucoup de ressources, qu'elle a déjà fait preuve d'un grand courage ces derniers mois et qu'elle est préparée cette fois.

Lorsque je la revois après l'examen, elle semble soulagée. Elle me dit qu'elle a essayé de mettre en pratique ce que nous avons travaillé, que ce qui l'a le plus gênée c'était le personnel soignant qui lui parlait, qu'elle n'a pas osé leur dire « *chut* ». Ensuite, bien qu'elle se soit concentrée sur sa respiration, elle n'a pas réussi à aller dans sa safe place ou peut-être qu'elle n'en a pas eu le temps car le geste a été très rapide. Ma voix n'était pas présente mais elle a mieux vécu le moment, elle me dit : « *j'ai ressenti une douleur, non, plutôt une gêne, j'ai senti que ça tirait à droite, un pique, j'ai essayé de la pousser (la sonde) pour qu'elle parte vite* ».

L'hypnose a donc à nouveau été d'une grande aide pour ma patiente en lui permettant de se reconnecter avec ses ressources et de mieux gérer son anxiété. Grâce à l'auto-hypnose, elle a eu le sentiment de ne plus subir le soin mais de l'accompagner.

D. la vidéo (annexe)

Lors de l'installation de la patiente je dis : « c'est bon, t'es bien » et lors du débriefing : « ça s'est bien passé? ».

A deux reprises, j'ai utilisé des affirmations ou des questions fermées sur un état que je suppose être « bien », je ferme la porte à l'éventualité que ce soit moins bien...

Je pense que du fait de bien connaître ma patiente à ce moment là et de savoir que toutes nos séances se sont toujours bien passées, je n'ai même pas imaginé qu'en utilisant une technique différente aujourd'hui (l'utilisation de la métaphore), la séance pouvait ne pas être vécue comme les autres.

Cette erreur reflète une difficulté que je peux ressentir pour maintenir une distance thérapeutique suffisante tout en étant dans un alliance thérapeutique forte, ce d'autant plus que je réalise les séances à domicile, dans la sphère privée de ma patiente, en traitant une zone de l'intime qui nous amène à aborder des sujets intimes.

Au sujet du choix de la métaphore, je me suis demandée si utiliser le volcan avec la lave qui brûle tout sur son passage n'était pas trop près du vécu de ma patiente; je me suis demandé si ça n'allait pas la ramener à ses sensations, à ses images : « morte », « cramée »...

Au cours du débriefing de cette séance, la patiente n'évoque rien au sujet du volcan ou de la nature.

C'est à la séance suivante qu'elle m'en parle en me disant qu'elle a réussi à bien voir le volcan et la lave car en ce moment il y a beaucoup d'images et de vidéos à la télévision. Puis, elle s'est rappelée une balade sur les coulées de lave et donc a pu visualiser la végétation présente sur les anciennes coulées, elle a même réussi à voir des fleurs colorées. Elle me dit alors qu'elle adore les fleurs et que du coup elle se rappelle vaguement que j'ai parlé aussi de la nature après les cyclones, elle est restée avec ses fleurs...

Je remarque alors qu'il n'était pas nécessaire de rajouter une autre métaphore dans une même séance et aussi que la patiente a pris ce qu'elle voulait prendre dans mon discours. Ce qui rejoint ce que nous a enseigné I.CELESTIN quand elle dit que les patients se saisissent ou pas de ce qu'on a proposé. (11)

Je pense qu'il aurait peut-être été plus judicieux de laisser un silence un peu plus long après avoir parlé des arbres, des fleurs...au lieu de vouloir en rajouter avec la métaphore du cyclone.

Lors de l'utilisation de la métaphore du volcan, j'aurais certainement dû utiliser plus le « tu » que le « je » en effet je lui propose de voir des images « que j'ai vues » et non « que tu peux voir » même si la patiente apparemment n'a pas été gênée et s'est projetée avec ses propres images, son propre vécu.

Le fait d'être filmée a été pour moi un exercice difficile, j'ai ressenti de l'appréhension au démarrage, l'impression de ne plus être naturelle, de chercher mes mots. Au fil de la séance, voyant ma patiente détendue et en essayant de me caler sur sa respiration, j'ai réussi à me détendre un peu sans toutefois être en état de transe légère comme je le suis habituellement lors de longue séance d'hypnose formelle. Du coup, j'ai ressenti plus de fatigue tandis que je trouve, la plupart du temps, la pratique de l'hypnose régénérante en tant que thérapeute comparativement à mes séances de kinésithérapie « classique ».

Pour la patiente, la présence de la caméra l'a gênée lors du VAK mais dès qu'elle a pu fermer les yeux, elle l'a complètement oubliée.

Les différentes séances réalisées ont créé une relation thérapeutique forte basée sur la confiance mutuelle qui a permis à ma patiente d'accepter de se rendre à mon cabinet pour compléter sa rééducation périnéale.

2. DISCUSSION ETHIQUE

En tant que kinésithérapeutes, nous sommes habitués à utiliser quotidiennement avec chaque patient des techniques manuelles, nous touchons, massons, mobilisons... et nous écoutons beaucoup nos patients. Lorsqu'un patient nous fait part d'une douleur ou d'un dysfonctionnement musculaire, nous avons nos propres techniques pour soulager ou améliorer son état, par contre lorsque nos patients nous parlent de leur stress, leur anxiété, nous avons peu de techniques autre que la respiration à proposer.

L'hypnose apparait donc comme un outil supplémentaire afin de pouvoir accompagner nos patients à traverser ces émotions négatives qui dans certains cas peuvent induire des souffrances physiques ou ralentir la récupération physique possible.

Mais lorsque l'on parle d'émotions, il n'est pas toujours évident de savoir à quel moment nous risquons de sortir de notre champ de compétence. L'hypnose ouvre de multiples portes et l'enjeu sera de savoir nous situer le plus justement possible pour en ouvrir certaines et savoir en laisser d'autres fermées jusqu'à ce que celles-ci le soient par le thérapeute adéquat (psychologue, psychiatre, médecin...).

La prise en charge multidisciplinaire du patient me semble aujourd'hui de plus en plus nécessaire et est celle qui apportera le plus de confort et de résultat.

Lors de la première rencontre avec ma patiente, j'ai rapidement évoqué l'idée de réaliser des séances d'hypnose, si bien sûr elle était partante pour partager cette expérience. Je lui ai expliqué que j'étais en cours de formation, je l'ai informée sur ce qu'était l'hypnose. Elle ne connaissait alors que le mot « hypnose ».

Je pense que, comme il est nécessaire d'informer sur la rééducation périnéale et le déroulé des séances, l'information sur l'hypnose et sur mon niveau d'apprentissage a permis d'amener à un climat de confiance et au consentement éclairé de la patiente.

Le tutoiement s'est imposé dans nos échanges très rapidement comme c'est souvent le cas d'une manière générale avec tous mes patients, ici, à la Réunion.

3. APPORT DE CETTE ETUDE

Cette étude m'a permis de réaliser que l'hypnose s'intègre facilement à mes séances de kinésithérapie. En effet, sur le plan pratique, la séance d'hypnose est facilitée par le fait de prendre en charge mes patients par demie heure, seuls dans un box.

De plus, j'ai vite remarqué que l'hypnose amène du confort tant au patient qu'au thérapeute en permettant au praticien de se ressourcer, de récupérer de l'énergie au sein des séances.

Initialement, j'ai eu l'impression qu'en faisant de l'hypnose, je ne réalisais pas la kinésithérapie attendue, je craignais de perdre du temps sur la rééducation proprement dite. Mais j'ai vite constaté que la qualité de la relation et le confort supplémentaire, instaurés grâce à l'hypnose, amélioraient la perception corporelle, en particulier du mouvement, et donc permettaient des progrès plus rapides. En développant une perception plus fine, ou différente des sensations, l'hypnose aide à l'amélioration de la fonction.

Elle permet aussi au patient de se reconnecter avec cette partie de son corps, voire comme pour Me A., de réintégrer cette région à son schéma corporel.

La restauration de la confiance est particulièrement importante dans le cadre de cette rééducation spécifique, et l'hypnose la facilite.

Dans le cas particulier de cette rééducation réalisée au domicile de ma patiente, grâce à l'hypnose, j'ai pu « toucher » sans toucher réellement le périnée. Je pense que c'est ce qui lui a permis d'accepter de se rendre au cabinet pour débiter une rééducation « classique ».

L'hypnose permet aussi d'aider le patient à traverser certaines émotions lorsqu'elles se présentent au cours des soins. En effet, dans ma pratique spécialisée en périnéologie, il n'est pas rare que mes patients parlent de leur intimité et quelque fois de vécus très douloureux. La pratique de l'hypnose me permet alors d'accueillir plus facilement leurs paroles, en attendant de les orienter ensuite vers un professionnel ayant les compétences requises.

J'ai trouvé beaucoup de bénéfices à pratiquer l'hypnose dans le cas précis de cette patiente mais aussi dans d'autres situations que j'ai pu expérimenter. Je suis persuadée qu'elle m'en apportera d'autres à l'avenir, quand j'aurai plus d'expérience.

CONCLUSION

Après quelques hésitations à me lancer dans cette pratique et quelques tâtonnements, j'ai finalement intégré l'hypnose clinique à ma pratique sans trop de difficultés.

En tant que kinésithérapeute, j'étais déjà convaincue que la prise en charge de mes patients, pour être efficace, devait être la plus globale possible. Je n'avais pas encore pris conscience de l'impact d'une meilleure communication, d'une alliance thérapeutique plus forte.

Lorsque j'ai accepté de prendre en charge Me A. à son domicile, ce qui est inhabituel dans ma pratique spécialisée en rééducation pelvi-périnéale mais compréhensible dans son cas, je me suis dit que la rééducation allait être plus compliquée, plus longue. C'était sans compter sur les bénéfices apportés par l'hypnose.

En effet, l'hypnose m'a permis de « toucher sans toucher » cette région douloureuse, mise à l'écart par la patiente, afin de la reconnecter au reste du corps. J'ai pu suggérer un mouvement que la patiente a pu ressentir et reproduire, améliorant ainsi ses troubles urinaires et ses douleurs. Son anxiété anticipatoire aux soins a diminué. Grâce à l'hypnose et à l'auto-hypnose, Me A. est devenue actrice de son traitement.

Une relation thérapeutique forte et une confiance mutuelle accrue se sont instaurées grâce à l'hypnose, permettant à la patiente d'accepter de se rendre dans mon cabinet afin de poursuivre la rééducation.

Cette expérience m'a motivée à pratiquer l'hypnose avec d'autres patients pour divers troubles pelvi-périnéaux. J'aimerais aujourd'hui l'intégrer au sein même des techniques de rééducation instrumentales ou manuelles, et pas seulement au sein des techniques globales et comportementales. Je souhaite aussi élargir ma pratique de l'hypnose chez l'homme et l'enfant présentant des troubles pelvi-périnéaux.

Et pour cela, je compte bien continuer à me former et à pratiquer afin d'intégrer l'hypnose dans mes prises en charge au quotidien.

BIBLIOGRAPHIE

1. MICHAUX D, HALFON Y, WOOD C. Manuel d'hypnose pour les professions de santé. 3ème tirage. Paris : Maloine; 2013. p15.
2. BIOY A, WOOD C, CELESTIN-LHOPITEAU I. L'Aide-mémoire d'Hypnose en 50 notions. Paris : Dunod; 2010. p7.
3. PICCARD B. Changer d'altitude Quelques solutions pour mieux vivre sa vie. Paris : Stock; 2014. p149.
4. MEYER M. L'hypnose. Paris : Eyrolles; 2014. p82.
5. BIOY A, cours du diplôme universitaire d' hypnose médicale et clinique, Université de la Réunion, Avril 2015
6. MEYER M. L'hypnose. Paris : Eyrolles; 2014. p89.
7. CELESTIN-LHOPITEAU. L'hypnose pour les enfants. Editions J. Lyon; 2013. p32-37.
8. BIOY A, WOOD C, CELESTIN-LHOPITEAU I. L'Aide-mémoire d'Hypnose en 50 notions. Paris : Dunod; 2010. p208.
9. GOUCHET A, cours du diplôme universitaire,d'hypnose médicale et clinique, Université de la Réunion, décembre 2015
10. PICCARD B. Changer d'altitude Quelques solutions pour mieux vivre sa vie. Paris : Stock; 2014. p141-142.
11. CELESTIN-LHOPITEAU, cours du diplôme universitaire d'hypnose édicule et clinique, Université de la Réunion, Février 2015
12. MEYER M. L'hypnose. Paris : Eyrolles; 2014. p73.
13. PICCARD B. Changer d'altitude Quelques solutions pour mieux vivre sa vie. Paris : Stock; 2014. p166.
14. CELESTIN-LHOPITEAU. L'hypnose pour les enfants. Editions J. Lyon; 2013. p18.
15. CELESTIN-LHOPITEAU. L'hypnose pour les enfants. Editions J. Lyon; 2013. p31.
16. BIOY A, WOOD C, CELESTIN-LHOPITEAU I. L'Aide-mémoire d'Hypnose en 50 notions. Paris : Dunod; 2010. p8.
17. Institut de Formation Régional En Santé Alençon-Basse-Normandie, Institut de formation de masso-kinésithérapie. <http://www.ifres-alencon.com/institut-formation-kinesitherapie/admission-concours-kine/>
18. DE GASQUET B. Périnée : arrêtons le massacre !. Marabout; 2011

19. HAS, De nouvelles recommandations sur la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale, Communiqué de presse, 4 février 2004. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240326/fr/de-nouvelles-recommandations-sur-la-prise-en-charge-de-l-incontinence-urinaire-de-la-femme-en-medecine-generale
20. GRIMALDI M. Le périnée féminin douloureux. Montpellier : Sauramps médical; 2014. p122.
21. COLANGELI-HAGEGE H, CAPPELLETTI MC. 7ème journée bourguignonne de rééducation sur le thème « La kinésithérapie une profession en mouvement », résumé des communications, samedi 23 novembre 2013
22. VIROT C. L'hypnose en kinésithérapie Professionkiné N°42. p7-14
23. MALOUIN F, RICHARDS C, MCFADYEN B. Nouvelles perspectives en réadaptation motrice après un accident vasculaire cérébral (Canada). Médecine / Sciences 2003 ; 19 : 994-8
24. CELESTIN-LHOPITEAU. L'hypnose pour les enfants. Editions J. Lyon; 2013. p34.
25. CALAIS-GERMAIN B. Le périnée féminin et l'accouchement. Editions DésIris; 2000, 2006

ANNEXE

Vidéo transmise via Dropbox

RESUME

APPORT DE L'HYPNOSE DANS LA RÉÉDUCATION PELVI-PÉRINÉALE

Etude d'un cas clinique

Masseur-kinésithérapeute spécialisée en pelvi-périnéologie, convaincue de la nécessité d'une prise en charge globale du patient, j'étais à la recherche d'un « outil » adapté à ma pratique et prenant en compte à la fois le corps physique et le corps émotionnel.

Ce mémoire retrace mon expérience de l'hypnose appliquée à la rééducation du périnée, lieu de l'intime, lieu de plaisir, de vie mais aussi de tabous, d'ignorance et parfois de maltraitance.

L'hypnose a permis de débiter une rééducation particulièrement anxiogène pour ma patiente, en « touchant sans toucher » directement le périnée. Elle a aussi permis d'améliorer la conscience de la mobilité périnéale, la qualité de la contraction, les dysfonctions et de ré-associer cette partie de son corps.

Plus globalement, la pratique de l'hypnose a modifié mon rapport aux patients, en créant un climat de confiance accrue, un lien thérapeutique plus fort et une meilleure communication, au bénéfice du soin.

Mots clés :

Hypnose, kinésithérapie, rééducation, périnée