



Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale et Clinique

Mémoire Octobre 2018

Université de La Réunion

DE LA RELAXATION A L'HYPNOSE

Hypnoalgésie en psychomotricité dans l'accompagnement d'un enfant ayant des troubles moteurs

Avril Olivier

Directeur de Mémoire : Mr Yann FARAIONI

Remerciements

Je tiens d'abord ici remercier Yann Faravoni pour avoir su me laisser voler de mes propres ailes tout en m'attrapant en vol quand il le fallait. D'avoir pris du temps même quand il lui en manquait.

Merci à l'équipe pédagogique du D.U. d'hypnose médicale et clinique de La Réunion, Antoine Bioy, Isabelle Célestin, Arnaud Gouchet, Dominique Boye, Christophe Coppin, Gwénaëlle Boyer, Jean-Claude Laveaud, Frédérique Mohy, Otman Kerkeni (et son magnifique but de la tête !), Bertrand Lau-Wen-Tai, Joséphine Syren, Anne-Céline Dard.

Merci au C.H.O.I.

Merci également à Françoise Léandre et au SUFP.

Merci à la promotion 2017/2018, « la Milton's academy ».

Merci à Lucie Polidori qui a bien voulu tenter cette expérience, à Domitille Dubois et Monsieur Guibert qui m'ont soutenu dans ce projet et à toute l'équipe du SESSAD-IEM.

Merci à mes proches qui m'ont soutenu et encouragé.

Et je remercie tout particulièrement Guillaume, pour ta confiance et ton engagement.

Sommaire

Introduction	p.1
I. Revue théorique des Travaux et Problématique	p.3
1. La psychomotricité	p.3
2. La relaxation	p.4
3. L'hypnose, définition et apports théoriques	p.7
4. Liens relaxation/hypnose : la neurophysiologie	p.10
5. Problématique	p.11
II. Méthodologie de la recherche	p.12
1. Description de la population et du patient	p.12
2. Présentation du cadre de réalisation de l'acte / intervention	p.14
3. Présentation des aménagements de cadre induit par l'hypnose	p.15
III. Résultats et données cliniques	p.15
1. Présentation du déroulé des entretiens	p.15
2. Evolution du suivi	p.19
IV. Discussion théorico-clinique	p.20
1. Regard et analyse critique sur les séances présentées	p.20
2. Discussion éthique	p.21
3. Apport de cette étude clinique	p.22
Conclusion	p.24
Bibliographie	p.25
Résumé	p.26

Introduction

Diplômé depuis 2002 du D.E. de psychomotricien, il était clair au fur et à mesure de mon expérience professionnelle qu'il me fallait continuer à me former dans différents domaines en même temps que s'ouvraient à moi plusieurs champs cliniques qui ont forgé cette expérience. Ayant travaillé exclusivement dans le domaine institutionnel, j'ai pu bénéficier de multiples formations qu'offraient les différents budgets et programmes de formation dédiés, toujours au service de la clinique, « au chevet des patients », dans un postulat inverse de l'apprenant en formation initiale à l'école de Psychomotricité : mettre la théorie au service de la clinique.

Une autre source de formation non institutionnelle a été mes différentes pratiques d'activités intimement liées à une approche corporelle comme le yoga, la danse intégrée et contemporaine ainsi que récemment l'escalade.

Enfin les champs de compétence offerts par le diplôme m'ont amené à pratiquer différentes techniques de relaxation auprès des patients accompagnés.

Cela fait dix ans aujourd'hui que j'exerce ma profession dans deux services répartis sur deux mi-temps. Un premier service, un Institut Médico Pédagogique (I.M.P.), accueille des enfants âgés de six à seize ans ayant des troubles cognitifs en semi-internat, le deuxième, un Service d'Education Spécialisé et de Soins à Domicile de l'Institut d'Education Motrice (S.E.S.S.A.D.-I.E.M) accueillant des enfants de six à dix-huit ans ayant des troubles moteurs. C'est au SESSAD-IEM qu'est né ce projet d'obtenir le Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale et Clinique.

Pour bien expliquer ce cheminement, il me faut ici préciser les missions du psychomotricien au SESSAD-IEM. Au-delà du décret de compétences du psychomotricien, il a fallu que j'explique à mes collègues ce que je pouvais apporter aux missions du service car en l'occurrence, c'était une création de poste et nombre d'entre eux n'avaient jamais travaillé avec un psychomotricien. Si le chef de service à l'origine de cette création en avait une certaine idée, il fallait aussi que je définisse dans quel cadre m'inscrire. Il y en avait deux : un rééducatif avec des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes et le médecin de rééducation (on les nomme « les rééducateurs »), et un autre éducatif, psychologique et social avec les éducateurs, le psychologue, l'assistante sociale. Description assez cartésienne, nous étions plus dans de la pluridisciplinarité que de la transdisciplinarité. Et je me suis clairement retrouvé entre les deux, à faire des ponts et du lien, entre un corps et un esprit, entre psycho et motricité, trait d'union à travers un concept qui n'en n'a pas : la psychomotricité.

Enfin, la psychomotricité a été envisagée dans ce pont entre le rééducatif et l'éducatif, comme un moyen de reconsidérer les corps : corps médical, corps social, corps blessé, corps déformé, corps réparé... et d'apporter sinon un bien-être, un mieux-être aux patients suivis. Un des moteurs de ce mieux-être est le plaisir, celui du corps en mouvement, celui du corps pensant, et qui porte en lui-même les ingrédients pour se sentir mieux. Une pluralité de techniques et d'ateliers se sont mis en place au gré des projets des enfants et du service : danse intégrée alliant danseurs professionnels et non professionnels, personnes « valides » et handicapées ; théâtre pour exprimer et raconter, dire autrement, partager ou témoigner ; le massage ou selon les termes officiels accordés à la pratique en psychomotricité « induction tactile de détente » ; la Systémie et les différentes techniques d'entretien pour considérer la place de chacun, faire circuler la parole et dire qu'une partie de la thérapie est en chacun et non pas seulement aux mains de professionnels ; et la relaxation, pour souffler, apprendre à respirer, prendre le temps de. C'est cette dernière dimension qui m'a amené à me former à l'hypnose. Comme pour aller plus loin dans la détente, de manière plus profonde, pour passer un mur que nous ne parvenions pas à franchir, celui de la douleur, aussi bien physique que psychique, et qui allait à l'encontre du plaisir et du mieux-être recherché.

I. Revue théorique des travaux et Problématique

1) La psychomotricité

Serge Fauché s'est intéressé aux origines de la psychomotricité en tant que thérapie et pratique professionnelle paramédicale et les a présentés dans un article publié dans la Revue française de pédagogie de 1994 **(1)**. Son étude permet de se rendre compte des influences conceptuelles de notre pratique par différents contextes historiques en fonction des découvertes en psychiatrie, en neurologie et des politiques sociales de santé liées aux troubles de l'enfance et des différentes pédagogies à mettre en place pour soigner, et surtout prévenir des troubles. Cet article fait référence dans mon domaine et dans mon cursus de formation. En le relisant, nous pouvons y trouver les mots clés qui nous intéressent dans notre pratique et pour le sujet qui nous intéresse ici dans ce mémoire : « hypnose », « relaxation ». Cependant, il ne fait pas de lien direct entre eux, et la relaxation est beaucoup plus liée à notre pratique que l'hypnose jusqu'à maintenant.

Il précise que la psychomotricité est « l'ensemble des pratiques et des théories ordonnées progressivement en une discipline institutionnalisée. ». Il situe les prémices de cette discipline à la fin du XIX^{ème} siècle quand Charcot, Janet et Tissier « définissent les principes d'action des gymnastiques de la volonté » dans le suivi de patients hystériques traités sous hypnose. Ainsi la psychomotricité, ou tout du moins ses premiers concepts, pourrait être liée dès ses origines à l'hypnose.... Les travaux dans les années 1930 de Pétat d'un côté, professeur d'éducation physique, et de Guilmain d'un autre côté, directeur de classes de perfectionnement, ont défini « les principes d'action des exercices du corps pour remédier à des troubles psychologiques ». Si nous voulons simplifier ces deux contextes, celui de Charcot et de Pétat et Guilmain par la suite, dans une manière ascendante, ils ont permis de découvrir et de vérifier que l'on pouvait agir sur le contrôle et la conscience du mouvement et des gestes du corps contre les troubles psychiques. Progressivement, au gré de différents travaux sur le développement de l'enfant comme ceux de Wallon, d'Ajuriaguerra..., de l'intégration de la psychanalyse dans l'interprétation des fonctionnements comme des désordres corporels et des changements sociologiques des années 60 et 70, la psychomotricité s'est enrichie d'un but et de références plus hédonistes et « libérateurs » du corps et de la conscience. Pour reprendre les titres de cet article, la psychomotricité a évolué du moteur vers le symbolique, de l'acte vers la pensée, de la relation à l'expression et de l'expression à la libération. Connaissant ainsi l'évolution de la profession dont un premier diplôme d'état voit le jour en 1974 sous le terme de « Psychorééducateur » pour en 1985 prendre le terme de « Psychomotricien ». Jean Le Camus **(2)** propose de décrire la psychomotricité comme « une thérapie à médiation corporelle ».

2) La relaxation

a) Définition

Le mot relaxation vient du latin « relaxatio » qui signifie le repos, la détente. La relaxation aujourd'hui désigne à la fois un état physiologique obtenu par la décontraction musculaire elle-même ou des méthodes pour y accéder. Ces méthodes sont nombreuses et de différentes approches, mais de manière globale, on retrouve la recherche des enjeux de la relation tonique et affective dans chacune d'elles. Pour Mado Thiveaud, « la relaxation psychomotrice n'est pas en soi une technique, qui peut s'apprendre en fonction d'un protocole établi une fois pour toutes, quelles que soient les personnes impliquées (le futur relaxé et le thérapeute en relaxation). La relaxation psychomotrice est avant tout un état d'esprit, une façon d'aborder l'autre ». (3)

b) La relaxation au SESSAD-IEM

La psychomotricité considère l'individu dans sa globalité. L'histoire d'une personne, sa mémoire corporelle, son vécu vient s'exprimer dans ses postures, son comportement. Ainsi, lorsqu'il y a une difficulté, celle-ci vient s'inscrire dans le psychisme mais aussi dans le corps: crispation, tensions... et particulièrement dans le handicap et les déficiences motrices.

En psychomotricité, la relaxation est avant tout une expérience corporelle de détente et de conscience du corps, vers la verbalisation du ressenti, et dans le cas plus spécifique de l'accompagnement au SESSAD-IEM, elle vise à obtenir une détente neuro-musculaire, à gérer les tensions liées aux rétractions musculaires, à diminuer les douleurs...

Le psychomotricien est formé de par son cursus initial à plusieurs méthodes de relaxation : Jacobson, Soubiran, Eutonie, Etirement des chaînes musculaires, relaxation dynamique et thérapeutique... techniques basées sur la respiration venant du yoga.

La relaxation est une technique simple et utilisable au quotidien, d'une durée de 30 minutes au maximum. Selon le projet de chaque jeune, elle est composée d'exercices :

- Visant la relaxation musculaire : des gestes simples permettent de retrouver des réflexes de détente et de bien-être,
- De respiration : connaître sa respiration pour pouvoir « prendre l'air », « reprendre son souffle », « souffler un peu », « lâcher-prise », « se concentrer » ou « faire le vide », « méditer », mais également pour améliorer les gestes, mouvements, coordination/dissociation du quotidien,

- De visualisation : utile pour personnaliser les outils et augmenter la qualité de relaxation, ainsi les adapter à la vie de la personne : pour préparer un évènement important (examens médicaux, scolaires, hospitalisation...).

Les différents exercices permettent à l'enfant de se créer sa propre « *boîte à outils* » dans laquelle il pourra choisir au quotidien ceux qui lui conviennent le mieux, selon ses besoins. Ils sont la plupart du temps en partie construits avec lui et s'appuient sur son dynamisme et sur son imagination.

Pour le jeune enfant :

Elle lui apprend à connaître son corps, à respirer, à bien s'endormir, à maîtriser sa colère et vaincre sa timidité. En prenant conscience, il prendra confiance en lui. En lien avec la scolarité, il expérimente le fait de mobiliser son attention, affine ses qualités d'écoute et de disponibilité, développe ainsi sa concentration.

Pour l'adolescent :

La relaxation thérapeutique permet à l'adolescent d'intégrer ses changements corporels, d'être plus conscient de lui, de ses capacités, de ses possibilités d'autonomie et de maîtrise.

Pour illustrer ces objectifs, et montrer que ceux-ci ne sont pas exhaustifs, je vais citer ici un cas clinique qui m'a rappelé au fait que c'est le patient seul qui potentialise les effets d'une induction ou d'un apprentissage à partir du moment où il se les approprie et les généralise d'une manière transversale dans son quotidien. J'ai accompagné un jeune hémiplégique qui avait des difficultés à accepter son handicap, dans un contexte familial perturbé par une récente séparation des parents. Il avait des accès de grandes colères, une difficulté à gérer la frustration et un profil allant vers une forme d'instabilité avec une difficulté à se concentrer et à rester attentif. L'indication d'un accompagnement en psychomotricité a été faite avec une médiation en relaxation pour apprendre à contrôler ses émotions et ainsi réduire les troubles du comportement. L'accompagnement s'est fait essentiellement à domicile, avec un apprentissage en autonomie sur la respiration pour canaliser ses accès d'humeur. Rappelons également que les séances de relaxation ont permis de discuter avec lui dans un cadre propice sachant que la relaxation peut faire émerger une catharsis. Dans le cadre de son hémiplégie, ce jeune suivait un protocole de plâtre pour limiter les rétractions au niveau de la jambe. Lors des séances de plâtrage par la médecin de rééducation du service, celle-ci me raconta qu'il s'était spontanément servi des exercices de relaxation et de respiration pour se détendre dans cette situation, ce qui entraîna l'élaboration de meilleurs plâtres du fait qu'il s'en était trouvé plus détendu. Ce cas clinique a montré la transversalité d'une médiation comme la relaxation dans un accompagnement global par le service de rééducation, et celle-ci est devenue une indication pour certains cas et a permis également au médecin d'induire dans son accompagnement cette détente par la transmission de techniques simples de relaxation.

c) Une méthode personnalisée : influence du yoga...

Le yoga est, d'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales CNTRL (4), une «discipline hindoue visant, par des exercices corporels, la méditation et l'ascèse morale, à réaliser l'unification de l'être humain dans ses aspects: physique, psychique et spirituel». On définit également le yoga comme un «ensemble d'exercices corporels et respiratoires permettant d'obtenir une maîtrise progressive des différentes fonctions physiologiques». Le mot «yoga» est un mot hindoustani qui signifie «jonction, unification».

J'ai pratiqué le Kundalini Yoga durant ma première année de médecine avant d'intégrer l'école de psychomotricité de Bordeaux. C'est une technique qui travaille sur les différents plans de l'être à partir de séries (appelées « kriyas ») utilisant le souffle, le rythme, des postures dynamiques ou statiques, le son (sous forme de mantras), la relaxation et la méditation. Le Kuṇḍalinī Yoga vise à l'éveil de la conscience du soi par la maîtrise de cette énergie, la kuṇḍalinī, par la pratique d'āsana (posture), de prāṇāyāma (techniques de souffle), de bandha (fermetures, contractions) et la récitation de mantra.

Cette pratique m'accompagne depuis dans ma façon de proposer une relaxation plutôt dynamique, en accompagnant les mouvements avec la respiration qui les favorise : inspiration /contraction, expiration /relâchement, et enfin avec l'idée que plus on va loin dans un effort, plus longtemps on essaye de tenir une posture, plus la détente sera importante dans le relâchement. Ce travail de relaxation par la posture se rapproche de la méthode de relaxation Jacobson dont le principe est de contracter des groupes musculaires puis de les relâcher.

Enfin, j'ai pu constater qu'en amenant un peu de Yoga dans les séances et certains exercices, et en l'énonçant, cela amenait une forme de sacralisation, de spiritualité et un peu d'ésotérisme par l'image globale que les conceptions sociales lui donne qui potentialisait à la fois les effets des inductions de relaxation et la disposition surtout chez les enfants à se prêter à cet exercice, comme avec un aspect magique.

d) ... et de la « pleine conscience » d'Eline Snel

La pleine conscience n'est pas une thérapie en soi. C'est une technique de méditation qui apprend à « être » dans l'instant présent, à ce qui se passe autour de soi et à l'intérieur de soi. Cette technique a été développée par Eline Snel, formatrice, thérapeute et instructrice en médiation (MBSR) aux Pays-Bas. C'est en travaillant la relaxation avec un jeune dans son école que m'a été présenté le livre « Calme et attentif comme une grenouille. La méditation pour les enfants...avec leurs parents » (5) par le médecin de rééducation de mon service. En effet, j'avais l'idée que ce travail en relaxation, très proche de ce que propose Elise Snel et dont le but était de permettre à l'enfant que j'accompagnais de pouvoir être plus

attentif et concentré en classe notamment, pouvait être aussi bénéfique pour ses camarades de classe en permettant ainsi d'en potentialiser les effets. J'ai donc proposé à l'enseignante de faire ces petits exercices de relaxation basés sur la respiration et l'écoute de soi et de l'environnement à toute la classe, et de s'inspirer de cet ouvrage qui avait la particularité d'avoir un cd audio d'accompagnement pour les différents exercices. Nous avons déterminé les moments les plus propices à cet exercice dans la vie d'une école : après chaque récréation où les enfants revenaient excités en classe. L'essai fut tellement concluant, que cela s'est diffusé dans plusieurs classes de l'école concernée.

Ces deux techniques, yoga et pleine conscience, m'ont permis d'inclure dans mon approche de la relaxation un travail sur la conscience de l'état intérieur du patient, de le reconnaître et de l'accepter, en amont de la relaxation. Enlever les tensions ou les abaisser par et pour la relaxation qui en devenait plus efficace dans ses effets.

3) L'hypnose, définition et apports théoriques

a) Définition de l'hypnose :

Comme le précise Antoine Bioy (6), il y a une définition internationale de l'hypnose de la Society of Psychological Hypnosis qu'il traduit ainsi : « un état de conscience incluant une focalisation de l'attention ainsi qu'une attention périphérique diminuée, caractérisé par une capacité accrue à répondre à la suggestion ». A celle-ci, il fait la remarque qu'il manque la dimension d'une relation intersubjective qu'amène la situation à faire de l'hypnose entre un thérapeute et son patient et propose donc celle-ci : « Mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ élargi ».

Après les définitions, nous allons maintenant décrire ce qu'est le processus hypnotique.

b) Le processus hypnotique dans la transe formelle:

La transe formelle est une transe provoquée par le soignant où le thérapeute a un rôle bien défini : il assure la sécurité et le confort, protège d'une transe négative, entretient et amplifie la transe. Trois conditions sont alors nécessaires pour une séance d'hypnose réussie: la motivation du patient, la confiance envers le soignant et la coopération du patient, acteur de sa prise en charge.

Le déroulé type d'une séance d'hypnose formelle ou schéma hypnotique passe par plusieurs étapes :

- 1) **La fixation**: le patient est en début de séance focalisé et immobilisé par son symptôme.
- 2) **L'induction**: elle permet au patient de démobiliser son attention du symptôme, de faire « un pas de côté ». Elle peut être réalisée soit par une technique de fixation du regard par la technique du VAKOG (exploration de la sensorialité du patient, Visuelle, Auditive, Kinesthésique, Olfactive, Gustative de

l'extérieur vers l'intérieur), soit par une réification, ou bien encore une « safe place » que nous décrirons plus loin.

3) **La dissociation**: les techniques dissociantes ont pour but de désactiver la conscience critique du sujet, soit en focalisant son attention sur un élément précis, soit en créant de la confusion. Elles se potentialisent mutuellement (synergie dissociative).

4) **La suggestion thérapeutique (état de perceptude)** : le patient mobilise son esprit grâce à des suggestions qui l'amène à faire émerger ses ressources et de créer de nouveaux liens avec son corps.

5) **Le retour**: le patient retrouve une conscience ordinaire par un VAKOG inversé par exploration de la sensorialité kinesthésique, auditive et visuelle de l'intérieur vers l'extérieur.

Différentes techniques d'induction, de dissociation et de suggestion peuvent être proposées :

- **La confusion**: le sujet va se focaliser sur un message ou une situation confuse afin de tenter de le comprendre, ce qui va inhiber le fonctionnement de la conscience critique.

- **La réification**: lors d'une douleur aiguë, la description imagée d'un symptôme comme l'anxiété ou la douleur en une entité matérielle ou physique (comme une boule d'énergie) va permettre au patient de modifier la perception du symptôme et de le soulager.

- **La safe place**: il s'agit de demander au patient de visualiser un endroit où il aimerait être. Cela peut être un lieu ressource évoquant pour lui la détente ou un moment agréable.

- **La catalepsie** est définie comme la suspension complète des sensations et des mouvements volontaires, avec aptitude des membres et du tronc à conserver la position qu'on leur donne. En pratique, le praticien va accompagner un segment de membre jusqu'à une position d'équilibre puis le lâcher progressivement, tout en utilisant des suggestions verbales pour renforcer la catalepsie. L'intérêt de la catalepsie est de générer une dissociation dans le corps (et pas seulement psychique) et d'induire une transe rapide et stable. Visible, elle permet de plus d'objectiver le processus hypnotique.

- **La lévitation**: Un mouvement d'un membre est induit par suggestions verbales jusqu'à ce que ce membre s'immobilise en équilibre. Ainsi un sujet peut soulever son bras en ayant la sensation que celui-ci est doté d'une vie autonome, dissocié du reste de son corps et non contrôlé par sa conscience.

- **Les suggestions**: elles peuvent être ouvertes ou fermées. Les suggestions fermées sont des consignes que le patient doit suivre, tandis que les suggestions ouvertes sont beaucoup plus permissives, elles sont des invitations qui laissent le choix au patient. Les suggestions peuvent suivre un truisme (l'énoncé d'une évidence) ce qui augmente l'acceptation de la suggestion par le patient.

c) La communication hypnotique ou hypnose conversationnelle

La communication hypnotique ou hypnose conversationnelle a lieu lorsque des principes de communication sont utilisés pour créer avec le patient un état de conscience modifiée permettant d'avoir un effet thérapeutique. Il a été établi en effet que le langage a une influence sur la façon dont un événement peut être ressenti notamment lors d'un soin douloureux. La pratique des techniques de communication est utilisée pour permettre une action intentionnelle sur ces dimensions relationnelles (choix des mots et de tournures de phrases, intonation...) et d'avoir un effet thérapeutique.

Il existe trois formes de langage : le langage verbal (mots employés), le langage non verbal (ton, rythme de la voix) et le langage para verbal (attitude, geste). Les phrases employées doivent être courtes, directes et sans sous-entendus. La conversation est « saupoudrée » de mots rassurants (« confort », « détente »,....) et sera modulée avec un ton de voix approprié. Il est important d'utiliser des mots qui orientent vers le bien-être, la protection, le confort et la sécurité comme: « calme, confortable, sécurité, protection, confiance, chaleur, douceur, sourire, moelleux, musique, soleil, vacances, voyage, détente » et d'éviter les mots qui évoquent l'inconfort, la tension et l'insécurité comme : « peur, mal, froid, couper, piquer, blesser, casser, attacher, bruit, supporter, doute, cri, pointu, tranchant, piquûre... ».

D'autres outils sont également utilisés:

- **Les métaphores**: c'est le langage de l'imaginaire, il peut commencer par « c'est comme si...»
- **La confusion**: afin de comprendre le message confus délivré, le patient va se concentrer sur le message, le monde extérieur va cesser d'exister, l'esprit est distrait.
- **Les techniques de focalisation**: par questionnement interne par exemple : « comment faites-vous chez vous pour vous détendre ? » ou par focalisation sur un écran, sur la respiration...

d) L'auto-hypnose :

L'autohypnose permet d'atteindre un état de transe hypnotique en pratiquant soi-même, sur soi-même et pour soi-même après une phase d'apprentissage. Il existe deux formes d'autohypnose: une reproduction de ce qui a été réalisé avec un praticien ou la réalisation d'un exercice spécifique (solitaire, qui ne nécessite pas l'intervention d'un praticien).

Selon Antoine Bioy (7), cet apprentissage « permet de travailler la position du patient par rapport à sa santé (travailler son « internalité » : il se positionne davantage comme un acteur responsable de son devenir et développe des capacités pour travailler cette dimension, devenant moins demandeur, voire moins dépendant de l'environnement). Le contrôle perçu est amélioré, et le patient devient plus expert de ses propres ressentis et de ses propres processus internes et corporels. »

e) Ses indications principales :

Elles sont dans le domaine somatique avec la **douleur** (aigüe, chronique ou induite) où de nombreuses recherches attestent de son efficacité. On parle alors d'hypnoalgésie.

Selon Anita Violon (8), (Docteur en psychologie, Anita Violon a travaillé à l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles dans les services de neurochirurgie et de neurologie) 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).

L'imagerie médicale peut aujourd'hui témoigner d'un fonctionnement cérébral spécifique dans la modulation de la perception douloureuse par l'état hypnotique.

Elle représente également 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) Liens relaxation/hypnose : la neurophysiologie

a. La neurophysiologie de la relaxation :

Il n'y a pas d'étude à proprement parlé sur l'état du cerveau quand une personne pratique la relaxation, tout en sachant que le terme de relaxation relève d'un champs très large de techniques multiples et variées et qui s'associent, ma pratique en est un exemple. Il faut partir de la description de l'état « normal » de fonctionnement du cerveau et en faire une étude différentielle suivant les changements d'état de la personne. Marc Guiose (9), psychologue et psychomotricien, formateur à l'école de psychomotricité de l'université Pierre et Marie Curie, indique dans son cours sur les différentes techniques de relaxation qu'il faut décrire les modifications des niveaux de vigilance et des états de conscience pour déduire les effets de la relaxation sur le fonctionnement cérébral et parle « des états de conscience pendant la relaxation ». Il décrit ces effets physiologiques d'un point de vue périphérique : « on peut observer diverses modifications physiologiques telles que le rythme cardiaque, le rythme respiratoire, la résistance de la peau, la réponse électrodermale, le pouls, la pression artérielle, le tonus musculaire, les mouvements des yeux. Sur le plan végétatif, l'état de relaxation correspond à une activité de type trophotrope du système para-sympathique qui s'oppose à l'activité ergotrope du système sympathique » ; et d'un point de vue central par les enregistrements de l'EEG (électroencéphalogramme) : « La caractéristique la plus commune de tous les états de conscience modifiés est la présence d'un **rythme alpha** plus ou moins modifié de manière transitoire ou soutenue. On observe une augmentation de son amplitude, diminution de sa fréquence, extension vers les régions antérieures, stabilité ou glissement progressif vers le **thêta** et

les ondes lentes du sommeil (delta) ». Et quand Roustang décrit l'hypnose comme un état de veille paradoxale, « une vigilance accrue capable de prendre en compte la totalité des paramètres de l'existence » (Roustang, 1994), Marc Guiose cite J. F. Espinas (10) qui décrit trois types de vigilance avec chacun une traduction neurophysiologique distincte : la *vigilance diffuse*, avec la substance réticulée mésencéphalique, la *vigilance focalisée* ou attentive, avec la réticulée intrathalamique, très cholinergique et la *vigilance « affective »* avec le rhinencéphale et l'ensemble du système limbique.

Marc Guiose (11) poursuit sa présentation en parlant du lien indissociable entre la relaxation et la respiration. Il cite notamment Lemaire C. (12) qui évoque l'utilisation de l'hyperventilation dans des trances rituelles, laquelle modifie les états de conscience, abaisse la vigilance, provoque le relâchement de la pensée analytique et augmente la suggestibilité. [...] Cette facilitation de la suggestibilité par l'hyperventilation a déjà été soulignée par des auteurs pratiquant l'hypnose (Compernelle, Hoodguin et Joele, 1979.) (13).

Il conclue en citant encore les travaux de Lemaire C. : « l'hyperventilation amène une baisse des niveaux de vigilance, une modification des états de conscience, avec un relâchement de la pensée analytique et des défenses, une labilité émotionnelle, une imagerie pouvant aller jusqu'à l'hallucination et une augmentation de la suggestibilité. », tout ceci se retrouvant sur l'EEG avec un ralentissement diffus.

On peut ainsi penser que la relaxation à travers la respiration permet de faciliter ou d'augmenter la suggestibilité des patients, dans tous les cas elle la facilite.

b. La neurophysiologie de l'hypnose : Antoine Bioy « l'hypnose » p79-81 La neurophysiologie et les théories de la dissociation. (14)

A l'aube du XX^{ème} siècle, les travaux de Rainville en 1999 ont objectivé l'état d'hypnose dans le fonctionnement cérébral, en mesurant les variations du flux sanguins cérébral qui « augmente au niveau de la région cingulaire antérieure ainsi qu'au niveau des aires corticales occipitales (cortex visuel), et diminue dans la partie mésencéphalique du tronc cérébral et au niveau du lobe pariétal droit. ». En décrivant également l'activité cérébrale dans l'absorption mentale, Antoine Bioy indique que « l'activité accrue constatée au niveau frontal montre bien que les fonctions exécutives du cerveau sont mobilisées. « On ne fait pas rien » en hypnose, [...] », ajoute-t-il et cette activité est bien distincte de celle observée quand une personne ne fait rien et est seulement dans l'instant présent de manière consciente.

3) Problématique

Dans le cadre de l'accompagnement des jeunes du SESSAD-IEM, je suis amené à proposer la relaxation à plusieurs d'entre eux pour de multiples indications : mieux-être, travail sur le schéma corporel et

l'image du corps, meilleur contrôle des émotions, de l'attention et de la concentration pour exemples. Tous connaissent des séances de kinésithérapie où la douleur est présente, et la relaxation n'est pas seulement envisagée pour minimiser cette douleur, mais tente d'y contribuer. Etant donnée la proximité de ces deux techniques, relaxation et hypnose, au-delà de seulement traiter la question de la douleur par l'hypnose qui a motivé cette formation, je me suis demandé si d'une certaine manière l'expérience de la relaxation chez certain pouvait être bénéfique pour un accompagnement en hypnose par la suite.

Si comme la relaxation est une médiation dans ma pratique en tant que psychomotricien, comment utiliser et indiquer l'hypnose comme médiation dans ma pratique ?

Sera-t-elle systématique suivant les cas cliniques et aurais-je alors à faire un choix entre ces deux médiations ?

Comment déterminer ce choix et sur quels critères ?

II. Méthodologie de la recherche

1) Description de la population et du patient

Le SESSAD-IEM accueille 35 enfants ayant des troubles moteurs de 3 à 20 ans. Les troubles moteurs sont prédominants, mais il y peut y avoir une comorbidité de troubles cognitifs.

En Juillet 2014, je rencontre Guillaume pour un bilan psychomoteur. Il a alors 10 ans. Nous le retranscrivons ici :

« Guillaume se prête volontiers à la passation du bilan. Selon le dossier médical, « il présente une anomalie chromosomique, des troubles d'apprentissage, de la marche et des raideurs articulaires ». Il est en CLIS 4 niveau CE2.

Bien apprêté sur lui, Guillaume parle avec une voix nasillarde et a un écoulement au niveau des yeux constant sans doute lié à un problème au niveau du canal lacrymal. Ses difficultés selon lui c'est de lever les bras, il marche sur la pointe des pieds et il a les yeux qui coulent beaucoup. Quand je lui demande pourquoi, il me parle de son opération des oreilles pour mettre des drains, comme pour les yeux, et qu'il a une cicatrice sur le ventre mais il ne sait pas pourquoi puisqu'il était trop petit pour cette opération et il ne s'en souvient pas. Il parle donc sans réticences de ses difficultés et en a bien conscience, mais il y a confusion entre la cause et les conséquences, même si cela ne le perturbe pas. Il n'a pas de demande spécifique

vis-à-vis de la prise en charge globale, et même si il vient volontiers, il ne semble pas encore pouvoir se projeter et semble vivre au jour le jour.

Dans son attitude corporelle, on retrouve des raideurs dans le haut du corps (cou, épaules) et au niveau des bras (poignets, coudes) avec une capacité de rotation très limitée. Tout paraît en « bloc » et l'ensemble manque d'harmonie : les gestes ont une faible amplitude, l'attitude est guindée.

Si le tonus semble élevé, il n'y a pas de signes extérieurs éventuels de stress ou d'angoisse sur le plan corporel. Il peut rester assis à la table à dessiner d'une manière posée, calme et non précipitée. Il se prête à chaque exercice, mais il demande à chaque fois ce qui va suivre « et après ? », révélant un certain fond d'inquiétude qu'il semble beaucoup chercher à masquer et dont on reliera le tonus élevé de tout son corps: allongé sur le dos pour évaluer sa capacité de relâchement, il n'y parvient pas. Malgré cela, il a un bon niveau d'équilibre, même sur un pied.

Il écrit en minuscule sans difficultés particulières. L'imitation de gestes complexes (mains/doigts) est plus facile que celle d'imitation de gestes simples (bras et haut du corps) et il se plaindra de douleurs dans le creux de l'épaule lorsqu'il essaye de lever les bras. Il parvient sans difficultés à découper et plier une feuille même si le résultat n'est pas très droit ou symétrique.

Il a de bonnes capacités de coordinations et de dissociations des 2 hémicorps : il parvient à automatiser une séquence taper/1 pas en avant/frapper dans les mains, et il a une bonne concentration. On ne trouve pas de syncinésies. Les coordinations fines du visage sont plutôt réussies, il sait gonfler les joues, lever les sourcils, fermer à demi les yeux, gonfler une seule joue, siffler, mais il ne sait pas encore cligner d'un œil.

Concernant la latéralité, on observe une certaine ambivalence puisqu'en activités spontanées, il se présente comme droitier, alors qu'il se sert de la main gauche pour le graphisme et que l'œil directeur est à gauche. Il différencie spontanément la droite de la gauche mais n'a pas acquis la réversibilité, et dans l'exercice de coordination main/œil de Bergès il confond la droite et la gauche. Il peut cependant se corriger et le maintenir par la suite.

Il sait lire en minuscule : il peut lire les consignes des exercices comme il peut lire sa propre écriture. Il n'y a donc pas de difficultés spécifiques de discrimination visuelle et il se repère bien sur l'espace feuille comme dans l'espace en général.

Il a une très bonne organisation temporelle : il connaît sa date de naissance et son âge, connaît le mois et l'année du jour du bilan, mais ne retrouve pas la date précise « car c'est les vacances »... et sur le plan rythmique on note des précipitations, difficultés que l'on relie au fond tonique élevé de Guillaume.

L'item le plus chuté est celui de la connaissance du schéma corporel, d'un niveau de 6 ans, et le dessin du bonhomme est très pauvre en détails. Peu investit même si le bonhomme sourit, il ne se sert que d'une couleur et il oublie de dessiner les oreilles spontanément, malgré qu'il dessine les cils et les narines. Les bras sont seulement représentés par une main.

Conclusion :

Il me semble au vue du bilan qu'il serait intéressant pour Guillaume d'investir un travail autour du schéma corporel et de la latéralisation en général, mais aussi autour de l'image du corps, de son corps qui reste très marqué physiquement et dont il a clairement conscience par rapport à l'image qu'il peut renvoyer aux autres. Enfin il me semble important d'explorer avec lui ses capacités de relâchement tonique et corporel, en corrélation avec un travail en kinésithérapie. ».

Par la suite, un accompagnement en psychomotricité se fera jusqu'en 2016 où nous écrivions pour évaluer cet accompagnement :

« La séance se déroule à l'école une fois par semaine. Guillaume est volontaire et s'applique dans les exercices.

Une première partie est consacrée à un jeu de ballon qu'il doit arrêter comme un gardien de but, en l'attrapant quand je la lance puis en s'enroulant comme pour recouvrir la balle et la protéger. Il est allongé sur le plan Bobath avec un appui derrière la tête et le dos. Une seconde partie consiste à se relâcher et à explorer différentes techniques de relaxation et de détente basées sur la respiration.

Guillaume a besoin d'un support ludique s'appuyant sur l'imaginaire héroïque, thème qu'il affectionne et qui répond à sa quête de renarcissisation. Mais ce faisant, il développe une

certaine excitation et un manque de contrôle de ses gestes et de son tonus. Je lui en fais prendre conscience et nous travaillons par la respiration l'abaissement tonique dans son activité sachant que le tonus de base est déjà très élevé.

Enfin, il investit très bien le travail sur la respiration, et il s'en sert ponctuellement en dehors des séances comme en escalade animée par les kinésithérapeutes afin de contrôler son appréhension de la hauteur, ou bien encore quand une situation l'énerve. C'est également un moment où nous travaillons l'écoute de soi d'un point de vue corporel en lien avec ses émotions, afin de mieux les appréhender et afin de les anticiper.

Sur un plan tonico-moteur, il y a peu d'évolution du point de vue de ses limitations articulaires, si ce n'est qu'en dynamique, il prend conscience que son état émotionnel peut influencer sur ses capacités. Ainsi, il gagne en amplitude lorsqu'il associe au mouvement un exercice de respiration.

Conclusion :

Guillaume reste limité dans ses amplitudes articulaires d'une manière fonctionnelle, mais en appréhendant mieux la dynamique tonico-émotionnelle de son corps, il découvre qu'il peut gagner en efficacité. Cependant il reste encore très soumis au contexte émotionnel et il ne peut se libérer de sa « carapace » tonique, au sens propre comme au sens figuré. »

Il est important de préciser que Guillaume a un écoulement lacrymal continu et important encore aujourd'hui. Durant les séances, cela peut le gêner, et il saura anticiper cet élément là en s'essuyant les yeux avant chaque séance. Il est arrivé cependant qu'il ait besoin de le faire pendant l'hypnose. De plus, il a été récemment appareillé pour l'audition dans la période des premières séances. Cela a été un élément positif pour l'hypnose car ainsi il entendait mieux les suggestions et ne demandait plus de faire répéter.

2) Présentation du cadre de réalisation de l'acte / intervention

Le psychomotricien intervient sur prescription médicale, dans tous les cas avec l'aval du médecin de rééducation et/ou du médecin pédiatre. La rencontre se fait explicitement dans le cadre de la formation du D.U. d'hypnose médicale et clinique, et il l'a été bien notifié auprès du médecin de rééducation et des autres rééducateurs car ils avaient une certaine réticence, sinon de la méfiance, à ce que je propose de l'hypnose à un jeune qu'accompagne le service avant d'avoir terminé la formation et obtenu le diplôme. Face à ces remarques et ces résistances, nous convenons en équipe de proposer de l'hypnose à un jeune ayant déjà été accompagné pour des séances de relaxation et d'autonomisation aux exercices de

relaxation, dans un contexte d'hyper-tonicité et de limitations articulaires type arthrogrypose douloureuses à certains mouvements au quotidien et en séance de kinésithérapie.

Après avoir proposé au jeune et à son tuteur légal (sa mère) cet accompagnement, celui-ci se fera d'abord au collège, puis en séance de kinésithérapie.

La kinésithérapeute dans le contexte de Guillaume propose des étirements passifs des membres. Le but est d'étirer les muscles rétractés, c'est à dire qu'ils sont plus courts, pour les allonger au fur et à mesure des séances et ainsi tenter de redonner de la mobilité aux membres et de la liberté aux mouvements et gestes. Cette rééducation est d'autant plus importante, que Guillaume est en phase de croissance et qu'il y a donc un conflit ostéo tendineux et musculaire qu'il faut palier pour éviter une rétractation plus importante. Ce sont ces étirements qui provoquent une importante douleur chez Guillaume.

3) Présentation des aménagements de cadre induit par l'hypnose

Comparé à une séance classique de psychomotricité et de relaxation, l'hypnose n'a pas induit d'aménagement particulier du cadre. Dans un cadre plus global, cela a permis de revoir Guillaume et d'évaluer où il en était depuis la relaxation. De savoir comment et quand cela l'avait aidé et l'avait accompagné dans sa vie. Dans ses indications, la proposition de l'hypnose a permis de cibler notre intervention sur la douleur rencontrée pendant les séances de kinésithérapie et de prolonger le travail entamé en relaxation sans chercher à éviter cette douleur mais de la vivre et de l'inclure en l'acceptant, d'en faire quelque chose en la considérant comme constitutive du vécu et du travail de rééducation. Car la kinésithérapeute du service m'a indiqué que la douleur dans les étirements est inévitable, et qu'elle permet également de signifier les limites de l'étirement. C'est un indice clinique pour ne pas amener un étirement trop loin au risque de créer des lésions ostéo-tendineuses.

III. Résultats et données cliniques

Ceux-ci sont illustrés par la vidéo de présentation et d'analyse des séances d'hypnose avec Guillaume. La quatrième séance est analysée en détail par un montage illustrant les différentes étapes de l'hypnose et les effets de la transe hypnotique induite par un conte métaphorique.

1) Présentation du déroulé des entretiens.

- Première entrevue:

Celle-ci se passe au domicile de Guillaume afin de présenter à lui et à sa mère dans quel cadre je propose des séances d'hypnose, c'est-à-dire celui du D.U. d'hypnose médicale et clinique de ce mémoire, ainsi que celui de mon intervention au sein du SESSAD-IEM et de l'intérêt spécifique pluri-disciplinaire de cette technique pour son suivi rééducatif comme en kinésithérapie.

- La 1^{ère} séance :

Elle se déroule à son collègue, dans une salle réservée aux séances de rééducation attenante à la salle de l'ULIS. Il y a un *plan Bobath*, sorte de tapis de gymnastique surélevé, sur lequel il s'assoie adossé au mur de la salle. Je lui réexplique le contexte de notre séance, de ma formation en hypnose, de son intérêt pour lui, et je lui demande quel mouvement lui est le plus difficile, le plus douloureux en séance de kinésithérapie. Il me répond spontanément celui de lever les bras le plus haut et le plus longtemps possible. Il me fait la démonstration. Je compte 5 secondes de maintien de la posture.

Je lui propose ensuite de s'installer bien confortablement dans la posture dans laquelle il se trouve. D'emblée, comme « conditionné » par nos précédentes séances de relaxation avant de lui proposer l'hypnose, il se met en relaxation, se concentre sur sa respiration et se détend spontanément. En même temps, je fais le même exercice dans une intention de synchronisation au niveau de la respiration.

Je lui propose ensuite de fixer du regard un point sur le mur. Le plus fixement possible. Je lui dis qu'il peut-être normal que le regard perde son point de fixation, mais qu'il peut alors y revenir si il en prend conscience. Enfin, je lui explique que les yeux peuvent ressentir le besoin de se fermer, que les paupières peuvent devenir lourdes.

Une fois que ses yeux se ferment, je le valide verbalement, « voilà, comme cela c'est bien », et j'entame le VAKOG, qui se limitera dans ce contexte au Visuel, à l'Auditif et à la Kinesthésie.

Ensuite, j'entame mon discours sur la lévitation des mains. A ce moment-là, en se concentrant sur « ces » mains, Guillaume ouvre les yeux, regarde ses mains puis me regarde. Pris de court, je ne m'attendais pas à une telle réaction. Il ne disait rien, mais son regard m'interrogeait comme si il souhaitait me demander « qu'est-ce qu'il se passe ? ». D'une manière intuitive, spontanée et en improvisation, je lui suggère que ses yeux peuvent aider « ces » mains à se lever, comme si ils avaient un pouvoir de transmettre une énergie, une énergie positive. Cette notion d'énergie fera partie de toutes les inductions, les réifications et de la métaphore de la douleur ressentie. Il regarde ainsi ses mains qui se lèvent, arrivent à une certaine hauteur correspondant à une limite articulaire et maintien cette posture tout en gardant le regard fixé sur ses mains. Au bout d'une dizaine de secondes, il laisse retomber ses mains sur ses jambes. Il ne quitte pas ses mains des yeux, reste calme et reprend un peu sa respiration après cet effort. Je l'accompagne dans son retour à « l'ici et maintenant » par le VAKOG « inversé ». Il quitte un état de concentration intense sans que je puisse clairement définir s'il s'agissait d'un état de transe ou non.

Nous discutons de cette première expérience en hypnose, et lui demande comment pour lui cela s'était passé. Il me dit qu'il a senti ses mains « bizarres » et que c'est pour cela qu'il avait ouvert les yeux,

mais qu'il n'avait pas eu peur. C'était plutôt comme s'il avait redécouvert ses mains. Il ne sait pas si cela l'a fonctionnellement aidé, je lui signifie alors qu'il a pu tenir le double de temps les mains levées.

Par la suite en quittant la salle, il me parle de l'inégalité qui existe entre les pays du sud et ceux du nord. C'est le mot énergie qui lui a fait penser à cela. Plus tard pendant la troisième semaine de formation du D.U. d'hypnose, j'expose cette séance à Monsieur Antoine BIOY, et lui raconte ce que Guillaume m'a raconté par la suite sur les pays du sud et du nord sans pouvoir faire de lien tout de suite avec la séance...et me suggère de m'en servir pour la deuxième séance comme d'une métaphore des mains allant de bas vers le haut, du sud vers le nord !

- La 2^{ème} séance :

Celle-ci se déroule dans le même cadre que la première au collège. C'est la première séance filmée. Nous nous installons sur le plan Bobath. La technique de focalisation du regard est toujours le point de départ. A un moment, de demi assis Guillaume s'allonge car ainsi le maintien des bras est plus facile. Mais du coup, ce n'est plus un étirement. Le débriefing permet de revenir sur ce qu'il s'est passé, ce qu'il a perçu, ce qu'il a vu...et permet d'affiner les inductions pour la prochaine séance : en parlant que l'union faisait la force, je lui propose de le symboliser avec les mains en partant de notre travail. Naturellement, il propose de joindre les deux mains, mouvement qui rappelle celui du « kaméa » de la série de dessin animé japonais « Dragon Ball ». Cette notion d'énergie, de pouvoir, représentée par une boule de feu ou d'électricité nous accompagnera sur toutes les séances.

- La 3^{ème} séance :

Toujours au collège. La séance est filmée. Cette fois, nous nous mettons l'un en face de l'autre assis sur des chaises pour ne pas induire comme la dernière fois un contournement de l'étirement recherché. Guillaume a désormais des appareils auditifs. Cela change sa qualité d'écoute. Il ne demande plus de répéter ce qui est dit. Cela améliore la qualité de la séance manifestement. Il porte un t-shirt avec des héros notamment de « Dragon Ball », mais pas uniquement. Le point commun est qu'ils ont tous une boule d'énergie dans les mains. Nous nous en servons clairement pour l'exercice demandé en hypnose.

- La 4^{ème} séance :

La séance se passe pendant la séance de kinésithérapie avec la kiné du SESSAD qui a lieu également au collège, dans la même salle où nous avons réalisé l'hypnose. La séance est plus longue et se fait sur le conte métaphorique d'un personnage héroïque de Dragon Ball comme les précédentes séances. J'évoque un personnage qui se repose dans un paysage de prairie, appuyé contre un arbre...il me racontera qu'il a plutôt imaginé un combat...La kiné a indiqué qu'elle avait pu aller plus loin et plus fort dans les

étirements, sans que Guillaume n'en ressente une plus grande gêne par rapport aux précédentes séances. Pour lui c'était comme d'habitude : il n'avait pas moins ni plus mal. Donc dans tous les cas, l'acte rééducatif a été amélioré et potentialisé grâce à l'hypnose.

2) Evolution du suivi

L'objectif est d'amener Guillaume vers l'auto-hypnose. De l'accompagner encore avec la kinésithérapeute libérale et de préparer une séance dans ce cadre. En dehors de ce cadre, sa mère m'a signifié qu'il s'en était servi pour un soin chez le dentiste, Guillaume se mettant ainsi de lui-même dans cet objectif d'auto-hypnose.

La kinésithérapeute du service qui a participé à ce projet a été particulièrement marquée par cette séance d'hypnose dans ce contexte rééducatif et sur ses effets. Il n'y a pas eu d'autres séances d'hypnose en kinésithérapie, mais elle a revu Guillaume, et sans refaire de l'hypnose bien évidemment, elle a adapté sa manière de parler pendant la séance. Cela lui a permis de mobiliser Guillaume de manière active pendant des étirements passifs. En effet, auparavant il fallait parler avec Guillaume de manière informelle. Cela a certes un effet défocalisateur, mais la douleur intervenant, il fallait qu'il tienne et résiste, avec un effet limitatif sur la durée des étirements. Pour marquer le lien avec cette séance d'hypnose précédente, elle a réinvoqué l'imaginaire de Guillaume en lui suggérant de repenser au super héros avec un effet positif. Elle s'est en tout cas permis de tenir un peu plus les étirements que Guillaume a supporté plus longtemps.

Cette notion pour la suite a son importance, car en effet comme nous l'avions dit précédemment, dans les étirements en kinésithérapie dans un contexte de trouble moteur, la douleur a valeur de seuil qu'il faut atteindre car cela signifie qu'il y a étirement. La douleur est donc inévitable et quelque part « recherchée ». Dans tous les cas, on la rencontre systématiquement. Enfin, c'est également la résistance à la douleur qui marque l'intervalle de fin, et quand elle n'est plus supportable, l'étirement s'arrête. Ici, il s'agit donc de faire varier le seuil de tolérance à la douleur grâce à l'hypnose, et d'avoir un étirement plus long, donc plus efficace en termes fonctionnel sur l'étirement du muscle ou d'un groupe musculaire.

Enfin, je compte également proposer et essayer d'autres techniques d'hypnose comme celle du « gant magique » adaptée aux jambes, ou encore celle de la « pommade magique », et ainsi choisir celle qui sera plus efficace pour cet étirement des jambes qui semble le plus difficile.

IV. Discussion théorico-clinique

1) Regard et analyse critique sur les séances présentées

Les trois premières séances ont permis à Guillaume et à moi-même de construire « notre » séance d'hypnose, de réifier la douleur comme une énergie et d'en trouver le contexte métaphorique sur les supers héros de Dragon Ball. Ces séances nous ont permis de nous approprier l'environnement de la salle, ses sons, ses murs et de nous y installer. J'écris « nous » car c'était réellement un travail à deux. Pour moi, cela m'a permis de me découvrir en tant que thérapeute dans l'hypnose, dans son apprentissage et dans sa mise en application par rapport à la formation du D.U. d'hypnose. Le fait de filmer les séances m'a également aidé à analyser mon intervention et je pense que c'est un bon outil pour élaborer la séance d'hypnose.

Le « nous » s'est également joué sur l'analyse des ressentis après chaque séance et sur les choix des inductions et de l'élément de réification. Car si pendant la formation l'hypnose se faisait avec des personnes habituées et sensibilisées à parler de leur ressenti, à trouver les mots pour le définir, il n'en était pas de même avec Guillaume. Devant une certaine difficulté à analyser son ressenti de par la difficulté de trouver les bons mots, il a fallu que je lui en propose tout en restant vigilant à ne pas induire ma propre analyse ou ma propre interprétation pour rester au plus près de son ressenti. C'est ainsi qu'il a fallu que j'accepte d'une certaine manière ce qui selon ce que je pouvais dire lui correspondait le mieux. Il me fallait renoncer aussi à ce que je pouvais penser le plus adapté mais qui ne lui parlait pas ou ne correspondait pas à ce qu'il ressentait. Et l'hypnose a finalement permis de contribuer à développer un vocabulaire et une sémantique autour des sensations et des images que Guillaume vivait pendant la transe.

Dans mon analyse des séances d'hypnose avec Guillaume, la quatrième séance se distingue bien des trois premières séances: par la durée, beaucoup plus longue, par la douleur, plus forte lors de certains étirements et par la présence d'une tierce personne, la kinésithérapeute. Cette séance ne devait pas être une démonstration de ce que l'on avait fait en hypnose, mais bien l'application de ce que nous avons construit pour un contexte différent, moins « intime », mais aussi plus douloureux donc. Ainsi, ce dernier contexte m'amène à réfléchir à d'éventuels aménagements. Tout d'abord sur la durée, il serait envisageable de séquencer la séance en plusieurs séquences d'hypnose lors des étirements où Guillaume manifeste clairement de l'inconfort et de la douleur forte puis d'analyser avec lui si cela lui semble plus efficace. Sinon, comme cela s'est passé durant cette séance, aménager le conte métaphorique en fonction des moments les plus douloureux, comme une nage en surface avec des plongeurs successifs pour refaire surface à chaque fois. Cette comparaison faisant ici déjà « émerger » un conte métaphorique qui pourrait s'appliquer ! Ainsi, quand Guillaume ressentait la douleur vivement pendant la séance, je me sentais beaucoup plus focalisé sur les éléments du conte que je lui racontais. C'était comme si je m'approchais

plus de lui, ou bien encore comme si je plongeais plus profondément avec lui dans ce courant douloureux, lui tenant la main pour le soutenir. Ceci m'amène à considérer les réactions du corps pendant ces instants de pic douloureux où Guillaume regroupait ses mains sur sa poitrine, fronçait les sourcils et serrait la mâchoire. Peut-être aurais-je dû dans mon discours valider ces gestes et ces réactions, les ratifier comme une preuve que lui ou son héros résiste à une période du conte plus difficile. Peut-être aurais-je pu me rapprocher de lui, en ajustant le ton de ma voix. Car comme je l'ai compris de Roustang en le lisant, d'Antoine Bioy et les différents intervenants de la formation en les écoutant, en discutant et en pratiquant l'hypnose avec eux, il me semble que l'hypnose est comme une danse à deux, où les corps se tiennent en respectant une distance ou un rapprochement consentis, en pas chassés ou en pas croisés, en suivant le rythme d'une musique intérieure contée et vécue.

La présence de la kinésithérapeute n'a pas intrinsèquement modifié l'effet de l'hypnose. D'une part nous y étions préparés avec Guillaume puisque c'était le but des premières séances. D'autre part, j'avais préparé avec elle cette séance en lui présentant la méthode de l'hypnose et le cadre global du conte métaphorique. Enfin, nous avons déterminé la place et le rôle de chacun. Avant de commencer l'hypnose, j'ai ratifié sa présence, et pendant l'hypnose, j'ai intégré son contact physique au conte métaphorique « comme des herbes qui caressent les pieds ». Enfin une réelle confiance existe entre chacun. Par contre j'ai pu constater que l'hypnose a modifié l'état de sa présence : au-delà de s'être permis d'aller plus loin dans les étirements, elle s'est également ajustée à ce contexte.

2) Discussion éthique

En tant que psychomotricien et de par ma formation, j'ai pour « mission » dans les services pour lesquelles je travaille de réinvestir le corps dans sa dimension globale, dans son développement, dans ses désirs et ses plaisirs, dans un contexte où les handicaps limitent voire empêchent la réalisation et l'aboutissement de ceux-ci. Si d'une manière imagée le psychologue s'adresse à la psyché, à la conscience vécue et parlé, le psychomotricien s'adresse au corps, à ses mouvements, à ses gestes et à ses postures. Il est tourné vers un corps qui parle et qui s'exprime. L'ensemble de ma pratique s'oriente vers ce postulat : c'est par le corps que l'on peut accéder à un mieux-être en agissant sur celui-ci. D'une manière ascendante, comme aux prémices de ma profession, agir sur et par le corps améliore le vécu psychique de celui-ci et potentialise les capacités cognitives de se développer. C'est donc à travers des médiations corporelles que je suis amené à accompagner les enfants dans leur développement pour limiter et palier les handicaps qui l'entravent et sont autant d'obstacles à (sur)passer. La relaxation comme je l'ai construit en fonction de différentes techniques, mais aussi en fonction des différentes expériences cliniques, tente de répondre à ces objectifs. C'est aussi un moyen privilégié et dans une dimension philosophique et éthique d'apprendre son corps, de répondre à l'apprentissage du schéma corporel par et

pour l'image du corps. De contourner une manière académique ou anatomique et fonctionnelle qu'induit une rééducation vers une dimension plus large et thérapeutique. D'un corps anatomique vers un corps vécu, éprouvé et incarné. D'un corps médical que l'on soigne vers un corps potentialisé dans ses propres capacités intrinsèques à se soigner. Une manière de « prendre corps » comme le dit Roustang (15). Et c'est ici que je peux faire état de l'apport de l'hypnose à ma pratique : si par la relaxation je tente d'apporter un mieux-être et de faire émerger les capacités du corps à aller mieux en diminuant les tensions acquises, à faire une pause dans un vécu difficile, il existe des murs qui paraissent infranchissables comme la douleur notamment. Avec l'hypnose et l'évocation d'un imaginaire possible, c'est une invitation à ne pas rester au pied du mur. Par la suggestion, c'est l'entrée dans un monde du possible, un corps imaginé où le handicap ne fait plus obstacle, et où on se propose de vivre la douleur, de la reconnaître pour l'accepter et ne pas seulement la subir. Si une image pouvait symboliser ce changement, ce serait celui du thérapeute qui ne se propose pas seulement d'être à côté du patient, ou à son chevet comme je l'ai écrit en introduction, mais de lui prendre la main et d'initier un mouvement : un « viens » qui mène d'abord, pour aller de l'avant, pour ensuite marcher à côté et avancer ensemble. En somme, par l'hypnose, sa découverte, son apprentissage et sa pratique, j'ai reconsidéré mon action dans une perspective plus dynamique et dynamisante. C'est à la fois devenu un objectif mais aussi un moyen d'y parvenir.

Pour illustrer ces propos, écoutons la réponse de Guillaume qu'il a apporté au médecin de rééducation qui lui demandait en consultation quelle différence il faisait entre la relaxation et l'hypnose : « la relaxation c'est faire le vide dans sa tête...et l'hypnose c'est mettre des histoires et des images. ».

Enfin, être initié et formé à l'hypnose pour un psychomotricien suppose de remanier certains paradigmes et d'y réfléchir. Par exemple le principe de dissociation, parler de « ces » mains et non pas de « ses » mains, a été quelque chose de nouveau pour moi tant je tente dans ma pratique de la psychomotricité d'investir « son » corps plus que « le » corps. Ancré dans la réalité, l'hypnose permet d'invoquer une autre réalité. Une réalité de l'imaginaire, celle qui s'invite parfois dans les rêves comme un témoignage de sa propre existence.

3) Apport de cette étude

L'expérience clinique de l'hypnose avec un jeune d'abord suivi en relaxation puis en hypnose à l'occasion de ce mémoire montre que l'expérience et l'apprentissage de la relaxation permet d'être rapidement et efficacement dans un travail hypnotique et de suggestibilité, confirmant ce qu'indique Antoine Bioy dans son droit de réponse au rapport Inserm de juin 2015: « l'état hypnotique commence par une absorption et une focalisation de l'attention, associée à une condition de relaxation physique et mentale ».(16)

Pour répondre à la problématique posée, il me paraît clair que sans pratiquer systématiquement une hypnose formelle à tous les patients, celle-ci sera privilégiée sur les indications de douleur. Vis-à-vis de la relaxation, celle-ci me semble pouvoir être un préalable à l'hypnose. Cette dernière peut-être également une autre carte à jouer dans certains cas, si la relaxation ne suffit plus: l'hypnose vient enrichir un panel de médiation que je peux proposer. Dans tous les cas, l'hypnose a l'avantage de pouvoir être réalisée pendant une séance d'étirement, car il reste difficilement envisageable de proposer une relaxation pendant un étirement.

Il convient également de rester humble vis-à-vis d'une pratique naissante dans ma carrière, puisqu'au-delà des expériences en formation et les séances avec Guillaume, je ne suis qu'au début d'un parcours que j'envisage d'enrichir par la pratique clinique de l'hypnose. Etant seul formé à l'hypnose dans mon service et même au-delà au sein de l'institution, je souhaite également diffuser cette pratique dans son efficacité, dans son intérêt dans l'accompagnement globale du patient, et peut-être susciter d'autres professionnels et collègues à se former, comme les kinésithérapeutes ou encore les médecins par exemple. Dans tous les cas à y être sensibilisé et le faire reconnaître comme partie prenante de mon intervention et de son intérêt pour le service.

Conclusion

« Les vieux rêves étaient des bons rêves. Ils ne se sont pas réalisés, mais je suis content de les avoir eus. »

(Robert James Waller, « Sur la route de Madison ») (17)

Cette étude montre l'intérêt de l'hypnose dans un accompagnement rééducatif, et aujourd'hui nous commençons à en mesurer les effets fonctionnels chez le jeune concerné. Depuis des années d'accompagnement, il n'y a pas eu de réels progrès dans ce sens, et l'objectif restant était de maintenir les mobilités articulaires de Guillaume. Aujourd'hui, depuis l'apprentissage de l'hypnose, il a pour la première fois gagné en mobilité. Il était ainsi très fier de me montrer qu'il pouvait maintenant passer les mains derrière la tête. L'intérêt réside ici dans le fait que Guillaume n'est plus seulement l'objet de la rééducation, mais qu'il en est maintenant devenu l'acteur. Ainsi je pense que les limites qu'imposent un cadre rééducatif, un handicap, sont avant tout celles que l'on se donne. L'hypnose pour moi fait le pari de les dépasser. L'hypnose peut permettre d'ouvrir un espace plus grand comme plus intime. Elle fait appel aux ressources insondées de chacun, celui de l'imaginaire, du rêve éveillé et peut-être de l'enfant en nous que nous perdons d'une manière ou d'une autre en devenant adulte dans nos sociétés occidentales. François Roustang le défendait très bien dans ses propos. Après le corps médical, d'un corps parlé, d'un corps soigné, d'un corps apaisé, l'hypnose m'a permis d'envisager dans ma pratique de thérapeute le corps imaginé.

Bibliographie

- (1) : Fauche Serge. *Les paradigmes de la psychomotricité*. In: Revue française de pédagogie, volume 107, 1994. pp. 97-107.
- (2) : Jean Le Camus. *Pratiques psychomotrices: de la R.P.M. aux thérapies à médiation corporelle*. volume 131 de Psychologie et sciences humaines, ISSN 1378-4587, Editions Mardaga, 1984
- (3) : Thiveaud M., *Relaxation Psychomotrice, Thérapie Psychomotrice et Recherche* n°111, 1997.
- (4) : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, <http://www.cnrtl.fr/definition/yoga>
- (5) : Eline Snel. *Calme comme une grenouille. La méditation pour les enfants...avec leurs parents*. traduit par Jacques Van Rillaer, Paris, Les Arènes, 2012.
- (6) : Antoine Bioy. *La neurophysiologie et les théories de la dissociation*. In : Antoine Bioy. *L'hypnose*. collection *Que sais-je ?* Puf. 1^{ère} édition 2017. n°4078. p26-7.
- (7) : Antoine Bioy. *La neurophysiologie et les théories de la dissociation*. In : Antoine Bioy. *L'hypnose*. collection *Que sais-je ?* Puf. 1^{ère} édition 2017. n°4078. p45.
- (8) : Violon, A. *Parler au corps par l'hypnose*. Douleurs. Volume 4. Numéro 5. Octobre 2003 : 251-254.
- (9) : Marc Guiose, *Fondements théoriques et techniques de la relaxation*, 3.2 Modification des niveaux de vigilance et des états de conscience. [Internet]. 2003, document de soutien de cours de première année de psychomotricité, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie. <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation1/relaxation1.pdf>
- (11) : Espinas J-F. *Neurobiologie et relaxation*. In : Hissard M-J. (Eds). *Les relaxations thérapeutiques aujourd'hui*. Paris : L'harmattan/IFERT. 1987.
- (11) : Marc Guiose, *Fondements théoriques et techniques de la relaxation*, 3.3 Respiration et relaxation. Document de soutien de cours de première année de psychomotricité, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie. 2003. [Internet] : <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation1/relaxation1.pdf>
- (12) : Lemaire C. *Hyperventilation et états modifiés de conscience*. In : *Nervure*. N°6, Tome II, Septembre 1989.
- (13) : Compennolle T., Hoodguin K., Joele L. (1979). *Diagnosis and treatment of the hyperventilation syndrome*. In: *Psychosomatics*, 20, 9, p.612.
- (14) : Antoine Bioy. *La neurophysiologie et les théories de la dissociation*. In : Antoine Bioy. *L'hypnose*. collection *Que sais-je ?* Puf. 1^{ère} édition 2017. n°4078. p79-81.
- (15) : François Roustang, *Qu'est-ce que l'hypnose ?*, Les Editions de minuit, 2003, p.166.
- (16) : Antoine Bioy, droit de réponse In *Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose*, Juliette Gueguen, Caroline Barry, Christine Hassler, Bruno Falissard, rapport Inserm, juin 2015, p209. [Internet] : https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf
- (17) : Robert James Waller, *Sur la route de Madison*, Anne Michel (Traducteur), ISBN : 2226064036, Éditeur : Albin Michel (11/06/1993)

Résumé

En tant que psychomotricien travaillant dans un service médico-social accueillant des enfants ayant des troubles moteurs, je rencontre la douleur de ces jeunes patients et leur propose un soulagement par de la relaxation inspirée de multiples techniques et influences: méthode Jacobson, Soubiran...Yoga, la « pleine conscience ». Dans ce même élan, l'hypnose pourrait-elle venir enrichir ce panel ? Pourrait-elle répondre encore plus spécifiquement à la douleur ressentie lors des étirements en séance de kinésithérapie ? Par ses inductions et la réification de la douleur qu'elle propose, comment l'hypnose rend acteur le patient de sa propre rééducation en mobilisant son imaginaire et sa créativité ?

Ce mémoire apporte une illustration clinique de cet accompagnement en hypnose pendant une séance d'étirements avec en amont un apprentissage de l'hypnose en séance de psychomotricité. Grâce à cette technique, nous verrons comment nous pouvons ne plus seulement apporter un soulagement à la douleur mais bien l'affronter et mieux la supporter. Nous verrons également quels effets a l'hypnose sur les étirements et si elle peut les rendre ainsi plus efficaces. Enfin, nous aborderons l'hypnose comme une technique nouvelle dans une pratique psychomotrice qui permet d'apporter une nouvelle dimension au corps, à son image, à son vécu en considérant la possibilité d'un corps imaginé.

Mots clefs : Hypnose, Relaxation, Psychomotricité, douleurs, étirements, kinésithérapie.