

Document réalisé par

Francis Straet

francis@creer-sa-vie.com

Site web :

<http://www.creer-sa-vie.com/>

I

PSYCHOMOTRICITE

CONCEPTUELLE

Introduction

"La rééducation psychomotrice, nouvelle venue dans l'arsenal thérapeutique, s'adresse à l'individu évolutif qui présente dans et par son corps des troubles de la conscience¹ dans son être à soi et au monde."²

Je cite Defontaine puisque dans cette phrase il reflète ma conception de la rééducation psychomotrice. Il donne une définition de la psychomotricité s'accommodant tout autant à mon vécu corporel qu'aux raisons de mon intérêt pour cette discipline.

Il dit que la rééducation psychomotrice (R.P.M.) s'adresse à :

- l'individu évolutif... la R.P.M. ne s'arrête pas à l'enfance, elle suit la personne dans son évolution au cours de sa vie,
- qui présente dans et par son corps des troubles... elle concerne l'intérieur du corps (dans) et le corps dans son intention motrice (par), c'est un corps agi et agissant,
- des troubles de la conscience à soi et au monde, il ne peut y avoir de mauvaise intention motrice mais un manque ou altération de la conscience d'être dans un corps qui pourtant seul est l'instrument de l'agir sur le monde. Le corps est l'instrument de l'action.

De plus cette définition contient deux des trois mots clés de ce mémoire : *CORPS* et *CONSCIENCE*. Il ne manque par conséquent que le troisième, à savoir *VISUALISATION*, que nous découvrirons plus avant dans ce travail.

Commençons par le corps, inspirateur et support de ce projet !

¹C'est moi qui souligne.

²DEFONTAINE Joël : Psychomotricité et relaxation, (Paris, Masson), 1979, p.3.

1.1. Le Corps.

Il va être question du corps dans cette partie du document. Non pas le corps comme objet d'une étude anatomique, mais plutôt du plan de l'existence, comme expression personnelle d'être au monde, un corps agissant en quelque sorte.

Ce qui me semble important actuellement, vu l'état de ma recherche, du point de vue du corps, ce sont la mémoire psychomotrice au sens musculaire, et l'investissement.

- Il est connu que la maturation du système nerveux de l'enfant se réalise au mieux de ses potentialités, lorsque son corps bouge et reçoit des afférences. Il doit donc faire l'expérience de la liberté psychomotrice mais est-ce suffisant ?

- Comme chacun le sait également, l'enfant en mouvement fait des acquisitions, faciles à engrammer vu son jeune âge, et ainsi il structure son schéma corporel, mais comment ?

1.1.1. L'investissement.

En fait nous parlerons dans un temps d'investissement et dans un autre temps, celui de la rééducation, de réinvestissement.

Voyons d'abord la notion d'investissement, de quoi s'agit-il ?

Chez l'enfant, un élément corporel, parallèlement à sa maturation neurobiologique, n'est vraiment pris en charge que lorsqu'il a éprouvé un intérêt pour cet élément arrivant à maturation

- l'intérêt résultant du plaisir suscité par cet élément.

Et quand l'ensemble des éléments de maturation, tous les segments corporels ont fait l'objet d'une charge affective, il reste à unifier cette charge affective sur l'ensemble du corps

- car il ne peut exister un Moi que lorsqu'il y a vécu de l'unité du corps.

Mais pour que l'enfant prenne plaisir à son corps il faut que quelqu'un d'autre prenne plaisir pour son corps avant lui, cela se fera dans la relation avec la mère. Cela, les travaux de Spitz l'ont démontré.

Ainsi il existe au départ un potentiel d'équipement donné à la naissance, qui va mûrir et s'installer suivant le développement de l'enfant. Mais la qualité de ce développement est aussi sujet de la qualité de l'investissement dont va être chargé cet équipement. De ce double courant concomitant vont se dégager la structuration du schéma corporel et la construction de l'image du corps. Et sur ces deux éléments vont se construire toutes les praxies..., se développer les programmes moteurs.

Ayant reconnu l'existence et la nécessité de l'investissement corporel, on peut se poser la question : peut-il y avoir désinvestissement ?

Je pense que oui, notamment, lorsque le corps, d'objet de plaisir se transforme en objet de souffrance... souffrance physique avec la douleur ou souffrance psychologique avec les problèmes d'image de soi que peut susciter le handicap.

Ainsi, c'est le cas des enfants cancéreux³ chez qui le corps est synonyme de souffrance et de maladie, la nécessité d'une grande attention au réinvestissement corporel global qu'il faut susciter n'est plus à démontrer (Quintana 1984)⁴

Et cela peut être aussi le cas chez l'adulte traumatisé ou l'élément corporel blessé semble être mis à l'écart⁵, devenant porteur symbolique de toutes les souffrances.

Ce réinvestissement peut s'effectuer de façon multi-modale, sans vouloir être exhaustif :

- susciter progressivement des expériences motrices et sensibles (par le toucher d'autrui) positives avec cet élément ou ce corps blessé,
- reprendre le plus rapidement possible une vie sociale normale,
- permettre la mise en valeur d'autres ressources ou possibilités,
- par la visualisation en état de conscience modifié, comme il est proposé de le faire dans ce travail, bouger dans sa tête.

L'autre aspect qui me semble important c'est ...

1.1.2. Le sens musculaire.

Ce sens musculaire se construit par les informations articulaires, péri-articulaires, musculaires et tendineuses, et ce grâce aux nombreux organes récepteurs de la sensibilité musculoarticulaire :

- fuseaux neuromusculaires des muscles,
- organes de Golgi des tendons,
- corpuscules de Ruffini du périoste, des ligaments et des capsules articulaires,
- corpuscules de Pacini répandus dans les muscles, les tendons, les ligaments articulaires et les synoviales,
- corpuscules de Krause des synoviales,
- organes de Golgi Mazzoni des tissus périarticulaires et tendineux, avec en plus tous les organes de la sensibilité cutanée.

Si les nombreux organes sensitifs disséminés dans l'appareil locomoteur ne sont pas sollicités, des phénomènes d'inhibition neurologique s'instaurent, c'est flagrant chez le patient à qui on vient d'ôter le plâtre et qui sort en continuant à porter le bras devant la poitrine ou encore celui qui hésite à poser le pied sur le sol après une assez longue période en chaise roulante. Dans

³Voir notamment le cas de T. présenté dans la partie clinique.

⁴HERMANT G. : Le corps et sa mémoire (actes du VI congrès international de psychomotricité, La Haye, 1984, (Paris, Ed. Doin), 1986, p.123.

⁵Voir le cas de M.D. dans la partie clinique.

ces cas, la cessation de l'activité physique engendre une atrophie musculaire mais aussi des phénomènes d'inhibitions.

Comme le dit H. Lallery :

"Dès qu'il y a inutilisations d'un segment de membre il y a perte du sens musculaire, du déroulement du mouvement parfois de son image."⁶

Nous voyons que la perte des informations proprioceptives détermine une incapacité fonctionnelle partielle ou totale, peu importe que cette perte soit due au désinvestissement ou due à l'immobilisation par le port d'une attelle.

Or, il semble que la visualisation du mouvement exacte sollicite les organes proprioceptifs concernés, ce qui permet de conserver "l'image du mouvement". Les muscles sont aussi sollicités, lors de la visualisation de mouvement, et ils le sont par l'intermédiaire du système gamma, ceci diminuant d'autant l'atrophie musculaire.⁷ Comme le dit Cavalier :

"Avant chaque geste, nous visualisons inconsciemment le mouvement que nous allons faire en tenant compte d'une multitude de paramètres : position, espace, tonus, muscle, os... Ce mouvement anacinétiq ue qui pourrait aussi s'appeler : "Comment bouger dans sa tête ? " est tout-à-fait indispensable en matière de rééducation des personnes immobilisées dans des plâtres ou dans la préparation à certaines épreuves physiques, sportives ou autres. L'aspect dynamisant de ces exercices n'est pas limité au maintien psychologique du malade, c'est une véritable stimulation nerveuse et musculaire en dépit de l'inactivité des muscles."⁸

Ainsi il semble que le corps même immobile peut bouger, et recevoir alors des afférences qui maintiennent intact le schéma corporel et contribue à diminuer les problèmes d'atrophie musculaire dans les cas d'immobilisation d'un segment corporel.

⁶HERMANT G. : Le corps et sa mémoire (actes du VI congrès international de psychomotricité, La Haye, 1984, (Paris, Ed. Doin), 1986, p.59

⁷Voir le cas T.F. dans la partie clinique.

⁸CAVALIER F.J.P. : Visualisation (Des images pour des actes), (Paris, InterEditions), 1989, p.59

1.2. Les E.M.C.

"Sous l'étiquette << états modifiés de conscience >> (E.M.C.) on rassemble un certain nombre d'expériences au cours desquelles le sujet a l'impression que le fonctionnement habituel de sa conscience se dérègle et qu'il vit un autre rapport au monde, à lui-même, à son corps, à son identité."⁹

1.2.1. Généralités sur la notion de conscience :

Selon le professeur Guirao, la conscience est une activité psychique supérieure qui résulte de l'intégration des processus mentaux les plus élevés. Ses centres se situent au niveau des aires cortico-sous-corticales où ces processus s'élaborent. Et d'ajouter que :

"Le processus conscient répond à un arc totalisateur dynamique comportant des afférences, une élaboration et une réponse."¹⁰

La conscience est donc un processus intégratif, mais terriblement subjectif. Il existe des filtres à la perception proprioceptive, extéroceptive et intéroceptive consciente...

"La conscience est un "domaine phénoménologique" où les choses sont conceptualisées en fonction de leurs phénomènes que subjectivise notre expérience ou notre nature perceptive individuelle."¹¹

mais ces perceptions demeurent accessibles dans l'inconscient.

Il me semble que ce point de vue phénoménologique, ou morphodynamique de la conscience s'intègre bien dans le modèle de rééducation en psychomotricité proposé ici.

Un autre élément important est qu'il existe l'état de conscience ordinaire (E.C.O.) fluctuant au rythme du vécu et de l'environnement, qui peut être modifié :

a) soit spontanément;

- transe néotinique du jeune enfant,
- transe ecsomatique ou "expérience de hors-corps",
- transe onirique ou "rêve lucide",
- transe orgasmique,
- les états de mort imminente,

b) soit par induction;

⁹LAPASSADE G. : Les Etats Modifiés de Conscience, (Paris, Puff, coll. Nodules), 1987, p.5.

¹⁰GUIRAO M. : Anatomie de la conscience, anatomie sophrologique, (Paris, Ed. Maloine), 1979, p.156.

¹¹Ibidem p.125.

- les états hypnotiques,
- l'expérience hallucinogène,
- les états mystiques,

et que ces états modifiés de conscience seraient structurés en niveaux et fonctionneraient différemment selon les états.

1.2.2. Etats et niveaux :

Lorsque Rager dans son ouvrage¹² fait l'historique des concepts de la sophrologie, il rappelle que Caycedo a proposé la division théorique de la conscience humaine en "niveaux" et "états". Expliquant que par "niveaux" fait référence à la modification quantitative de la conscience et que par "états" sont entendues les modifications qualitatives.

Jusque là le concept rend bien compte de mon expérience pratique, mais lorsqu'il continue et ajoute :

"On différencie donc les états pathologiques des états ordinaires et des états sophroniques proprements dits."¹³

il me semble qu'il fasse là usage d'une terminologie abusive quand il parle des états sophroniques comme objets propres. Et pour ma part, j'en resterai plutôt à ce double regard :

a) un regard structurel, avec l'hypothèse de différents *niveaux de conscience*. En quelque sorte, différentes étapes entre la veille et le sommeil, expérimentables au travers des techniques de relaxation, de méditation ou encore par des inductions hypnotiques. Nous le voyons quand :

"Une simple relaxation, qui nous libère doucement de l'emprise du milieu extérieur, suffit pour que nous ressentions la présence vivante de nos muscles, pour que nous puissions les stimuler et dialoguer avec eux; éprouver la chaleur de notre sang, le poids de nos segments corporels; allant peu plus avant, nous pouvons parler à nos sentiments, rechercher dans notre passé..."¹⁴

et c'est par le passage de ces différents niveaux de conscience, que peut évoluer l'état de la conscience, approfondie dans la connaissance du corps et de l'imaginaire.

b) un regard fonctionnel, avec l'hypothèse d'un *état de conscience* pouvant servir pour le corps de révélateur de son image inconsciente. C'est effectivement un regard qualitatif, mais qui peut aussi et surtout être évolutif.

Ainsi le cas de cette patiente, 46 ans, "anorexique" depuis l'âge de 18 ans, à qui l'on demande comment elle trouve son corps et

¹²RAGER G.R. : Hypnose, sophrologie et médecine, (Paris, Ed. Fayard), 1973, 582 p

¹³Ibidem p.44.

¹⁴GUIRAO M. : Anatomie de la conscience, anatomie sophrologique, (Paris, Ed. Maloine), 1979, p.22

qui répond : "Mon corps : il est normal, je manque juste un peu de poids." Alors que visiblement, objectivement elle est d'une maigreur extrême. Sans entrer dans les détails de l'exercice, en E.M.C. il lui a été proposé de visualiser sa silhouette avec son corps pesant 31 kg. (c'était son poids réel), ensuite de voir sa silhouette avec un poids de 35 kg. et ensuite de voir sa silhouette avec un poids de 40 kg. puis un poids de 45 kg. Après l'exercice, durant le temps de parole elle racontera :

"A 31 kg je me trouvais affreuse, à 35 c'était mieux, à 40 encore mieux, mais arrivée à 45 je me suis vue et sentie obèse, les chairs faisaient des bourrelets... je suis redescendue directement à 42 kg. C'est étrange : impossible de rester à 45 kg et d'aller vers 42 alors que vous n'en aviez pas parlé. Je crois que c'est mon poids idéal, je me sentais tellement bien avec ce poids et cette silhouette."

Indépendamment du fait que depuis, cette personne mange quasiment normalement et a repris du poids, elle se regarde, dit-elle, différemment dans le miroir. Ce réajustement suite à la confrontation avec une image corporelle inconsciente - *comment l'appeler autrement* - a permis un changement chez la patiente dans sa manière de se nourrir.

Dans un article, intitulé "Utilisation de divers degrés de conscience pendant une thérapie psychomotrice"¹⁵. Benporat explique que le processus symbolique est une expérience de l'image, il peut être au niveau de l'image mentale, dans le sens de Piaget, mais il peut arriver à toucher des niveaux profonds de l'inconscient.

1.2.3. Hypnose ou E.M.C. :

On peut se demander pourquoi le titre de ce travail ne fait pas explicitement référence à l'hypnose.

Une première raison le justifie dans la mesure où il n'est pas fait exclusivement usage des seules inductions hypnotiques mais aussi de relaxation. La relaxation est, selon la personnalité du patient et son vécu, proche de Schultz ou Jacobson.

La méthode de Schultz est plutôt "auto-concentrative" et parente de l'hypnose et de l'auto-hypnose comme il le dit lui-même, par cette "déconnexion organismique" comme il l'appelle, tandis que la méthode de Jacobson est au départ physiologique, plus systématiquement limitée à l'aspect musculaire.

Le patient apprend à installer une relaxation qui respecte ce qu'il est et ce qu'il vit, c'est la technique qui s'adapte et non le patient.

¹⁵HERMANT G. : Le corps et sa mémoire (actes du VI congrès international de psychomotricité, La Haye, 1984, (Paris, Ed. Doin), 1986, p.111.

Une autre raison relève des fantasmes que ce terme véhicule ou suscite encore aujourd'hui. Même si on peut assister à une résurgence de l'hypnose, comme l'écrit Chertok¹⁶, elle n'en redevient pas totalement vierge pour autant. Il existe aussi un nouveau courant intitulé : hypnose Ericksonnienne dont le Français Malarewicz¹⁷ est le porte-parole, ce courant est en train d'éloigner et progressivement remplacer la P.N.L. du faisceau thérapeutique actuel (NDLR : et sans magie).

Ainsi parler des états de conscience modifiés, c'est donc aussi et surtout ici parler de l'hypnose... et de ce qu'elle n'est pas.

1.2.4. Ce que n'est pas ou est l'hypnose :

A) "L'hypnose n'est pas une thérapie"¹⁸ :

Ce n'est pas une thérapie en soi, elle est un des outils que peut utiliser un thérapeute, un rééducateur ou un praticien, dans une situation spécifique, en fonction de son expérience, de la situation, et de la demande du patient. Ainsi elle s'avère un instrument d'intervention qui exige une technique particulière, qui ne se réduit pas à l'induction d'une transe.

B) "Le processus hypnotique ne correspond pas au sommeil"¹⁹ :

Le manque de mobilité, l'absence de communication sociale, ont pu longtemps donner l'impression que le processus hypnotique correspondait au sommeil. En vérité, le sommeil dans ce cas doit être interprété comme une "fuite", une résistance.

C) "L'hypnose ne correspond pas à la mainmise de la volonté d'une personne sur une autre"²⁰ :

Cette théorie est désuète, ainsi que l'a démontré Weitzenhoffer,²¹ tout comme celles qui consistent à croire que les hystériques sont plus influençables ou qu'il existe une relation entre suggestibilité et névrose. Toutes les expériences ont démontré qu'en utilisant exclusivement l'hypnose, à l'exclusion de tout autre moyen associé (psychotropes, psychodysléptiques, ou hallucinogènes), il était impossible de faire accomplir par une personne des gestes ou des actions contraires à sa morale.

D) "L'hypnose ne correspond en rien à de la magie"²² :

¹⁶CHERTOK L. : Résurgence de l'hypnose (une bataille de deux cents ans), (Paris, Ed. Desclée De Brouwer), 1984, 241 p.

¹⁷MALAREWICZ 1986, 1986, 1988, et 1990.

¹⁸MALAREWICZ J.A. : Cours d'hypnose clinique - Etudes Ericksonniennes, (Paris, Ed. ESF), 1990, p.23.

¹⁹Ibidem p.23.

²⁰Ibidem p.24.

²¹WEINTZENHOFFER A. : Hypnose et Suggestion, (Paris, Ed. Payot), 1986, p.40-44.

²²MALAREWICZ J.A. : Cours d'hypnose clinique - Etudes Ericksonniennes, (Paris, Ed. ESF), 1990, p.24.

Indépendamment du niveau socio-culturel de l'individu, souvent cette technique est assimilée à de la magie. Ces fantasmes érotiques, ou de puissance ne sont pas toujours à contourner, et il s'avère préférable, lorsque la relation le permet de discuter de ces "choses" avec le patient, sinon de le faire au plus tôt. Ce qui peut faire penser à de la magie, ce sont les manifestations de son intuition et l'emploi de langage non verbal par le thérapeute, et ceci pour structurer ses interactions avec le patient.

E) "La profondeur d'une transe n'a aucun rapport avec son efficacité"²³ mais :

a) Jusqu'il y a peu, certains pensaient qu'il existait un lien immédiat entre l'importance de la profondeur de transe et son efficacité thérapeutique sur le plan psychologique. Cela me semble dû au fait de l'utilisation intensive et intempestive de la suggestion, dans ce cas le Moi du thérapeute cherche à s'imposer au Moi du patient. Les stratégies actuelles sont totalement indépendantes de cette profondeur.

b) Mais dans le domaine physiologique, il en va tout autrement. Pour obtenir les modifications physiologiques, tant dans les domaines cliniques qu'expérimentaux, une certaine profondeur constitue toujours un préalable à une réelle modification de l'homéostasie, ou des tissus, à condition que la notion de "profondeur" soit synonyme de désafférentiation²⁴ et non de suggestibilité comme on pourrait le croire.

F) "Les techniques d'hypnose diffèrent du processus hypnotique" :

Les techniques, notamment lors de l'induction, que peut utiliser un thérapeute sont à distinguer de l'état d'hypnose proprement dit. Il est relativement facile de décrire, voir d'enseigner, ces techniques mais beaucoup plus difficile d'analyser précisément le processus hypnotique. Ceci étant dû au fait que ce processus participe d'un vécu subjectif et seul le patient est en mesure de juger de la qualité émotionnelle et sensorielle de ce vécu. L'autre plan, l'autre regard, objectif celui-là est celui du thérapeute et celui-là participe plus de l'appréhension physiologique, c'est l'observation de la motilité et du tonus du patient. Les deux sont souvent contradictoires, et ne peuvent s'ajuster qu'avec le temps.

G) "La technique hypnotique est oeuvre de communication"²⁵ :

Il s'agit de persuader le patient qu'un changement est pour lui possible, comment ?... c'est là tout l'art du thérapeute. C'est la définition minimale à donner de l'interaction thérapeutique (Palo

²³Ibidem p.24.

²⁴Signifie une déprivation sensorielle.

²⁵MALAREWICZ J.A. : Cours d'hypnose clinique - Etudes Ericksonniennes, (Paris, Ed. ESF), 1990, p.25.

Alto). L'influence de Milton Erickson dans cette approche est indiscutable.

H) "L'hypnose est un processus dans lequel le thérapeute trouve un contexte d'intervention"²⁶:

Comme déjà dit, si, pour le sujet, l'état hypnotique s'avère une expérience subjective, et variable, pour le thérapeute, ce processus est un contexte qu'il a su structurer et dans lequel peut se dérouler la thérapie ou la rééducation. Le contexte n'est certes pas, par ou en lui-même thérapeutique... il ne suffit pas de mettre une personne en état hypnotique en suggestionnant la disparition du symptôme. Non, ce qui peut être thérapeutique c'est l'apprentissage, notamment dans le cas qui nous préoccupe au niveau corporel, que peut faire le patient dans le contexte que représente pour lui cette situation spécifique.

I) "Le processus hypnotique est banal"²⁷ :

Nous vivons fréquemment, tout en l'ignorant, ces états modifiés de conscience, où nous échappons à l'ici et maintenant, pour nous perdre dans l'imaginaire ou l'action du film visionné, voir dans un inconscient qui nous conduit à bon port sans notre participation. Il est bon de permettre au patient d'identifier ces moments car ils constituent une redéfinition très utiles du processus hypnotique.

J) L'hypnose réclame la collaboration, le crédit, et la disponibilité du sujet :

Cela peut se construire et doit faire partie de toute "bonne relation" thérapeutique. Mais j'insiste, dans le cas précis de l'hypnose, car on ne peut utiliser ces techniques qu'avec une personne demandeuse et consentante.

Conséquemment, on ne peut hypnotiser, sauf dans certaines conditions très particulières, impossibles à reproduire dans un cadre rééducatif, une personne à son insu. Tout comme en psychothérapie, on ne peut soigner le patient contre sa volonté, en médecine peut être ?

K) "Le processus hypnotique est une auberge espagnole"²⁸ :

Le patient trouve dans l'expérience hypnotique ce qu'il y amène, et le "comportement de transe" est lié en cela à certains aspects culturels.

L) Le processus hypnotique comme accès au savoir :

Dans ce processus, le patient découvre surtout des capacités et des ressources dont il peut disposer, tout en ignorant les posséder. En ce qui concerne le thérapeute, plus qu'un savoir il s'agit d'un savoir-faire, comme le dit Erickson :

²⁶Ibidem p.26

²⁷Ibidem p.26.

²⁸Ibidem p.27.

"Le thérapeute devient lui-même un instrument, son meilleur instrument de travail, un mélange complexe d'inventivité et d'expérience, d'improvisation et de métier..."²⁹

Si le rééducateur donne le rythme et invite à la danse, c'est bien sûr le patient qui découvre alors le plaisir du mouvement dans et par son corps !

M) Le processus hypnotique permet d'être, tout à la fois et en même temps, spectateur et acteur :

Dans l'hypnose, à la différence de toutes les autres techniques qui en dérivent tels les relaxations, le training autogène de Schultz ou la sophrologie de Caycedo, le thérapeute cherche à obtenir volontairement un état de dissociation chez le patient. Ce qui aboutit à permettre que celui-ci, le sujet soit à la fois dans la situation d'observateur et d'observé, selon des modalités particulières reconnaissables et modifiables à volonté par lui-même.

1.2.5. Pourquoi l'hypnose :

Pourquoi l'hypnose plutôt qu'une autre technique ? Pour plusieurs raisons et notamment parce que :

A) Parce que "L'hypnose est avant tout une technique corporelle"³⁰ :

Ce qui démontre et explicite la place qu'elle se doit de prendre parmi les techniques de la psychomotricité, ce sont :

1) Son attachement au schéma corporel, et la lecture qu'elle en permet car comme l'écrit Malarewicz :

*"Quels que soient les différents niveaux d'intervention du thérapeute, leur point commun, en même temps que leur base, est qu'ils concernent toujours le corps du sujet, c'est à dire l'insertion musculaire du symptôme, quel que soit son niveau de complexité. Et cette insertion obéit davantage au schéma corporel du sujet qu'aux règles de l'anatomie."*³¹

2) Aussi, tout comme la psychomotricité et ...

"Cela constitue une des originalités de la technique hypnotique en ce qu'elle ne privilégie pas une approche par

²⁹MALAREWICZ J.A. - GODIN J. : Milton H. Erickson, De l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique, (Paris, Ed. ESF), 1986, p.33.

³⁰MALAREWICZ J.A. : Cours d'hypnose clinique - Etudes Ericksonniennes, (Paris, Ed. ESF), 1990, p.29.

³¹Ibidem p.29.

rapport à une autre, notamment dans la fréquente dichotomie entre les choses du corps et celles de l'esprit."³²

3) Non seulement l'hypnose, pour s'induire, utilise le corps notamment quand le thérapeute emploie des suggestions verbales qui focalisent l'attention du patient sur celui-ci afin de restreindre les apports sensoriels externes. Mais en plus, simultanément elle agit sur le corps, par les modifications de la perception du schéma corporel ressenties par le patient, renforçant ainsi les suggestions verbales préalables. Ainsi selon Chertok :

*"L'état hypnotique se traduit ainsi par une plasticité généralisée, à tous les niveaux de l'organisme."*³³

4) Le processus hypnotique permet aussi à la parole de s'inscrire dans le corps. Comme l'on démontré les nombreuses expériences, d'analgésie et de brûlure, provoquées expérimentalement et rassemblées pour être présentées en un tableau éloquent par Chertok (1979).

B) Par intérêt et facilité :

Ma première induction date de 1979, il s'agissait d'une expérience entre amis, cette expérimentation ne s'est jamais terminée. J'utilise cet outil que je connais bien pour l'avoir vu à l'oeuvre avec des réussites et des échecs.

C) Par efficacité aussi :

Il est souvent plus facile pour le patient de reproduire lui-même un état hypnotique qu'un état de relaxation, lequel en plus demande un apprentissage progressif donc exige plus de temps pour être maîtrisé. Ainsi avec le training autogène il faut attendre quelques six mois pour terminer le degré inférieur, afin de commencer les visualisations de symboles.

Et aussi parce que les états de concentration hypnoïde, même auto-induits,

*"facilitent la fixation inconsciente ou subconsciente de résolutions dont la force semble se trouver augmentée."*³⁴

Au travers de cette partie sur les E.M.C. nous avons pu découvrir leur utilité, leur efficacité et leur affinité avec l'approche corporelle.

Mais, c'est surtout comme support de l'imagerie mentale qu'ils s'avèrent indispensables et liés au projet. D'ailleurs, Shone (1984) aussi, dans son ouvrage n'écrit-il pas :

³²Ibidem p.29.

³³CHERTOK L. : Le non-savoir des psy (L'hypnose entre la psychanalyse et la biologie), (Paris, Ed. Payot), 1979, p.89.

³⁴DURAND De BOUSINGEN R. : La relaxation, (Paris, Ed. P.U.F. coll. Que sais-je ?), 1980, p.96.

"Tous les exercices exposés dans ce livre doivent être entrepris dans un état de relaxation. Vous obtiendrez ce dernier grâce à l'auto-hypnose..."³⁵

Ou encore Cavallier (1989) :

"Le processus de suggestion apporte aux techniques de visualisation toute la puissance des messages imprimés dans le subconscient, dans un état modifié de conscience..."³⁶

Mais en quoi consiste la visualisation ?

³⁵SHONE R. : Visualisation créative, (Québec, Ed. Québec/Amérique), 1986, p.13.

³⁶CAVALLIER F. J. P. : Visualisation (Des images pour des actes), (Paris, InterEditions), 1989, p.58.

1.3. La visualisation

"On observe des résultats étonnants lorsque l'on compare des personnes ayant subi le même traumatisme; celles qui auront quotidiennement fait "une promenade imaginaire" ou des exercices avec le membre accidenté, auront une rééducation beaucoup plus courte et moins douloureuse. Bouger dans sa tête, c'est donc déjà bouger."³⁷

1.3.1. Mise au point :

L'image, troisième élément important de ce travail peut engendrer dans les esprits une certaine confusion. C'est pourquoi il est primordial de comprendre dans quel espace s'insère cette approche qui n'est pas à confondre avec la "psychosomatique".

Il faut bien savoir que la visualisation s'effectue toujours en E.M.C. et qu'elle constitue le contenu d'un exercice, d'une pratique s'inscrivant dans un projet. Et dans ce projet, trois approches sous-tendent les techniques de visualisation :

1) L'approche "psychocorporelle" ou psychomotricienne qui au travers d'une relaxation permet un mieux-être physique. Avec la sensorialisation nous développons une prise de conscience de l'image inconsciente du corps, et ceci à travers une autre perception du schéma corporel. C'est cousin avec l'eutonnie d'Alexander qui écrit ainsi :

"On se représente la partie en question et parallèlement à cette image on observe objectivement quelles sensations surgissent à la conscience."³⁸

et précise plus formellement encore :

"la différence est grande entre une impression imaginée et une véritable sensation éprouvée."³⁹

C'est une des différences du projet présenté ici, avec d'autres techniques de relaxation, c'est cette nécessité d'insister sur la sensorialité.

2) L'approche "anacinétique"⁴⁰ surtout utilisée dans les cas où le membre est immobilisé par une attelle. Cette approche semble réduire les troubles trophiques et faciliter la rééducation kinésithérapeutique.

³⁷Ibidem p.60.

³⁸BRIEGHEL-MULLER G. : Eutonnie et relaxation (détente corporelle et mentale), (Lausanne-Paris, Ed. Delachaux & Niestlé), 1986, p.67.

³⁹Ibidem p.67.

⁴⁰Le mouvement anacinétique est un mouvement imaginaire, perçu par le sujet alors que les segments impliqués restent immobiles (Cavallier 1989).

3) L'approche symbolique ou métaphorique qui consiste à mobiliser des ressources physiologiques et biologiques. Elle peut proposer des images symboliques de guérison destinées à agir directement sur le tissu ou le segment proprement dit,

Remarque : Comme T.F. visualisant "des soudeurs qui soudent le long d'un câble" pour symboliser la "repousse" du nerf atteint. Ou encore M.F. qui visualise des électriciens qui tirent des câbles dans le tunnel de sa colonne vertébrale. Les deux avaient le même objectif : susciter la régénération de la fibre nerveuse.

ou encore des situations métaphoriques implantant des images de guérison ou de réussite par opposition au désespoir ou au renoncement. Cette situation du patient ayant un "mauvais moral" doit être verbalisée et les éléments saillants seront intégrés dans une sorte de conte métaphorique. L'avantage du conte est d'être polysémique,

"c'est dire qu'on ne peut le réduire à une seule signification... cette polysémie permet à celui qui l'écoute,

ou le vit dans le cas présent,

"de n'en "prendre" que ce qu'il peut prendre à ce moment, de n'en entendre que ce qu'il peut entendre."⁴¹

Ce conte doit être élaboré en respectant si possible les fonctions et les règles du conte définies par Propp⁴². On peut aussi s'inspirer des fables et des histoires racontées par Erickson, retranscrits par Rosen⁴³ et Zeig⁴⁴.

C'est très proche du travail des cancérologues Carl Simonton⁴⁵ et son épouse, qui eux aussi utilisent l'image, pas en E.M.C. "profond", mais seulement sous simple relaxation.

Il ne s'agit donc pas d'une démarche analytique ou interprétative,

Remarque : Faisons preuve d'honnêteté intellectuelle, la théorie psychanalytique est intégrée à notre culture, et si nous pouvons nous détacher de son influence clinique, il n'en n'est pas toujours de même en ce qui concerne son apport philosophique et langagier.

et c'est également très distant des travaux de Tietze⁴⁶, qui lui conçoit une sorte de topographie corporelle où différentes zones

⁴¹THOMASSAINT J. : Conte et (ré) éducation, (Lyon, Ed. Chronique Sociale), 1991, p.28.

⁴²RODARI G. : Grammaire de l'imagination (Introduction à l'art d'inventer des histoires), (Paris, Ed. Messidor), 1979, p.99.

⁴³ROSEN S. : Ma voix t'accompagnera (Milton H. Erickson raconte), (Paris, Ed. Hommes & Groupes), 1986, 257 p.

⁴⁴

⁴⁵SIMONTON C. : Guérir envers et contre tout, (Paris, Ed. Epi), 1982, 363 p.

⁴⁶TIETZE H. G. : Votre corps vous parle. Ecoutez-le !, (Québec, Ed. Le Jour), 1989, 211p.

seraient rattachées ou corrélationnelles à une problématique psychologique spécifique :

"Les personnes myopes ont en général de la difficulté à s'affirmer. Elles ont tendance à accorder leur attention à des activités qui se déroulent près d'elles."⁴⁷

On s'en serait douté ! Cela me semble osé.

Une démarche de type analytique, selon mon opinion, ne peut s'inscrire dans le cadre d'une thérapie ou rééducation psychomotrice. Chez elle, le corps "est parlé" ou pensé, jamais agi. De plus, elle doit rester l'apanage d'un intervenant formé aux théories et pratiques de la clinique psychanalytique.

1.3.2. Généralités et propriétés des images visuelles :

Le titre du paragraphe fait référence aux images visuelles, ce n'est pas par hasard. Bien sûr les images ne sont pas seulement de nature visuelle, Une étude de McKellar (1968)⁴⁸ réparti l'utilisation des images, selon les situations, avec les pourcentages suivants; visuelles : 97%, auditives : 93%, motrices : 74%, tactiles : 70%, gustatives : 67%, olfactives : 66%, douleur : 54%, température : 43%.

Mais dans ce travail sont principalement utilisées les images visuelles et motrices, parce que mieux à même d'influencer l'organisme et son fonctionnement.

Ainsi lors d'une interview⁴⁹ l'immunologiste N. Cohen, de l'Université de Rochester (Etat de New York) à qui l'on demande quel crédit il accorde aux méthodes "self-help" utilisant la relaxation et l'imagerie mentale, semble se contredire dans sa réponse, quand il répond que ces méthodes connaissent un succès croissant mais qu'elles n'ont pas été conçues scientifiquement. Mais il ajoute ensuite :

"Toutefois, de telles approches font l'objet de quelques études scientifiques. On a pu démontrer, par exemple, chez des étudiants en période d'examens et chez des personnes âgées en institution, une relation entre l'utilisation de la relaxation et une augmentation du nombre de leurs lymphocytes T4⁵⁰. Je dois avouer que ces résultats sont étonnants et méritent attention."

Mais c'est surtout dans le domaine de l'acquisition des habilités motrices que l'imagerie mentale peut prendre une grande place.

⁴⁷Ibidem p.51.

⁴⁸Ces chiffres sont issus d'un article photocopié incomplet, c'est malheureusement ma seule référence.

⁴⁹DEROUIN P. : in Science et Avenir, revue mensuelle n°531 de Mai 1991, p.69.

⁵⁰Les lymphocytes T. sont des globules blancs qui informent des lymphocytes B, lesquels se transforment en plasmocytes équipés pour produire des anticorps.

De même l'image, simulation anticipatrice d'une issue possible d'action, paraît avoir un rôle important à jouer dans l'économie des conduites par lesquelles l'individu agit sur le monde et y opère des transformations (Denis, 1989). Et cela a bien été compris par les sportifs, un champion de saut à ski s'envole déjà avant même d'être parti comme l'explique G. Missoum qui a travaillé au laboratoire de psychologie de l'INSEP (Institut National Supérieur d'Education Physique), le vivier des sportifs de haut niveau. De même Jack Niklaus, qui en plus d'avoir donné son nom à une excellente simulation de jeu de golf pour ordinateur, s'avère être un champion international de haut niveau qui ne frappe jamais une balle sans en avoir une image précise en tête. Mais comme déjà dit :

Visualiser, ce n'est pas uniquement "voir". C'est plus ! C'est, par exemple pour un skieur, percevoir sa course avec tous ses sens, sentir le glissement des skis et le mouvement de chacun des muscles en chaque circonstance, selon le relief du parcours.

Nous avons présenté les éléments constitutifs du projet, à savoir le corps, les E.M.C, et la visualisation. Nous allons voir comment ils s'intègrent et interviennent dans la méthodologie.

Rappelons auparavant que ce projet s'inscrit dans le cadre d'une thérapie psychomotrice s'adressant à l'individu *évolutif*, qui présente ou est susceptible de présenter à la suite d'un quelconque traumatisme, au niveau du *corps* des troubles de la *conscience* dans son être à soi et au monde.

1.4. Méthodologie

1.4.1. Généralités sur le Projet :

"Le projet passe par le corps : corps retrouvé, ressenti, exprimé, exploré en surface, en volume, puis en profondeur. L'abord viscéral pris en compte de façon spécifique ainsi que l'émergence des fantasmes, particuliers ici, n'est cependant qu'une étape."⁵¹

C'est un projet dans le sens étymologique du terme, c'est-à-dire quelque chose que l'on jette en avant et que l'on essaie de faire partager au patient.

Quand le patient l'intègre dans son vécu, il n'est pas rare qu'il exprime⁵² les changements qui furent les siens au cours ou à cause de l'intervention.

Le projet est vivant, en pleine recherche et, par conséquent, continue de s'élaborer par les interpellations issues de la pratique. Il fait l'objet d'un mémoire, et comme je l'ai écrit dans l'avant-propos, j'espère qu'il en suscitera d'autres.

1.4.2. Les étapes du projet et leur contenu :

C'est un projet structuré, constitué d'étapes qui se matérialisent au fil des séances, mais pouvant toujours être interpellé par le vécu du patient.

Remarque : Ainsi quand M.D. exprime sa détresse face au départ de sa femme, il s'est construit un espace où il peut verbaliser ses peurs et sa détresse.

Mais le projet ne doit jamais devenir un carcan où le praticien se réfugie comme c'est trop souvent le cas.

A - La première rencontre :

Elle peut avoir lieu selon deux modalités différentes :

a) Le patient a été informé par le chirurgien qu'éventuellement je peux l'aider, il me téléphone ensuite pour prendre rendez-vous.

b) Ou alors c'est le chirurgien qui prend contact avec moi, ensuite je convoque le patient par écrit.

⁵¹BOUCAUD M. - DARQUEY J. : Le projet en psychothérapie par le corps et par l'image, (Paris, Ed. ESF), 1983, p.73.

⁵²Voir notamment l'évaluation de M.D. au point 2.7.3.

Remarque : A ce propos je constate que le fait que je convoque le patient donne à la relation un côté formel qui empêche la rupture de l'intervention par le patient pour des problèmes d'ordre psychologique, comme la résistance au changement.

C'est un truisme que, lors de ce premier contact, ce qui se passe entre le rééducateur et le patient est fondamental...
Il s'agit d'observer... percevoir la personne totale à partir de sa présentation, de son langage verbal et non-verbal.

Le projet et ses concepts sont présentés au patient, une discussion libre permet de déterminer son niveau de compréhension.

Ensuite sont discutés les aspects contractuels comme l'horaire, le paiement, l'éthique, etc...

A la fin de l'entretien, il est demandé au patient de réaliser pour la prochaine consultation une biographie et trois dessins. Le premier de ces dessins doit le représenter dans le passé, le second doit le représenter dans le présent, et le dernier le représenter dans le futur. Il peut s'agir de dessins ou si l'on préfère de collages.

Remarque : Si on propose un dessin, certaines personnes manquant de confiance en leurs possibilités prennent peur; avec un collage on peut dédramatiser la situation et obtenir parfois même un produit plus représentatif du vécu du patient.

Ces matériaux pourront orienter le choix des images mentales qui seront employées lors des visualisations.

B - L'anamnèse :

Lors de la deuxième séance commence l'anamnèse, il est prévu une approche méthodologique particulière de celle-ci, il ne s'agit pas d'un diagnostic médical ou psychothérapeutique mais plutôt d'une analyse fonctionnelle, à savoir examiner les fonctions d'un organisme en relation avec son milieu interne et externe. Le modèle s'inspire de celui présenté par KANFER et SASLOW⁵³.

C'est un cliché de dire que l'anamnèse permet de cerner le problème et la personnalité du patient, mais celle-ci dans le cas précis qui nous occupe doit également pouvoir orienter l'approche méthodologique et nous renseigner sur la valeur symbolique ou l'impact possible des images utilisées lors de l'imagerie mentale.

En effet, il s'avère délicat de proposer au patient de se laisser calmement porter par l'eau si celui-ci a développé un comportement phobique vis-à-vis de celle-ci.

⁵³KANFER F.H. - SASLOW G. : Behavioral diagnosis, in C.M. Franks (Ed.), Behavior Therapy : appraisal and status, New-York : Mc Graw Hill, 1969.

Voici la grille d'anamnèse utilisée :

1. Fiche d'identité:

Reprend les données administratives, plus la toxicité (tabac, alcool, médicament) et d'éventuelles images obsessionnelles.

2. Examen du problème spécifique:

Quelles sont les données du problème corporel du patient, de son accident, etc...

3. Clarification du problème:

Quelles sont les circonstances et conséquences de son problème dans les différents domaines que comporte sa vie, telle pension, profession, famille ou autre.

4. Analyse motivationnelle:

Quelles sont les conséquences de la maladie et de la guérison, en dégager les renforcements positifs qui serviront de leviers thérapeutiques.

5. Analyse développementale:

C'est un examen précis du passé tant biologique que socioculturel du patient, des conditions particulières dans lesquelles il a évolué durant son existence.

6. Analyse de l'autocontrôle:

De quels moyens et méthodes dispose le patient pour son autocontrôle dans la vie quotidienne. Quelles ont été les conséquences positives ou négatives de celui-ci antérieurement.

7. Analyse de l'environnement socio-culturel et physique:

On dégage les possibilités et limitations par rapport aux normes standards dans lesquelles le patient évolue.

8. Réalisation par le patient d'une biographie:

Ici aucune consigne, les points oubliés ou présentés servent de repères et sont sujets à discussion.

9. Réalisation par le patient d'une série de dessins:

Aucune consigne, seulement des thèmes: dessiner son corps, la famille, le problème. Aucune interprétation, seulement une discussion sur ce qu'évoquent les dessins.

C - La découverte des E.M.C. :

Après l'anamnèse, avec la troisième séance on peut commencer l'apprentissage de l'état de conscience modifié, cet apprentissage comprend bien sûr aussi une série d'étapes... D'une durée moyenne de deux à trois séances.

1 - Une première induction globale :

Après avoir donné une explicitation sur les E.M.C. en général, expliqué ce que d'autres patients vivent dans cet état, il est proposé un exercice, conçu sous forme d'un test. En effet on emploie tous les canaux sensoriels, ceci afin de dégager les stimuli les plus discriminatifs. Ensuite une suggestion de modification physiologique est effectuée, par exemple : une main analgésiée, ceci afin de ratifier l'expérience dans l'imaginaire du patient.

2 - L'évaluation de cette première séance :

Elle doit permettre l'élaboration d'une induction individualisée, personnalisée. Aussi en reprenant chaque suggestion proposée lors de cette première induction on évalue l'effet provoqué sur le plan corporel et ce par la comparaison entre; d'une part le ressenti de la personne, et d'autre part l'observation objective extérieure que l'on a pu faire et que l'on lui renvoie.

Parfois il est nécessaire lorsque le patient fait preuve de résistance, soit en s'endormant ou en ne "voyant" rien, ou encore en faisant preuve d'amnésie spontanée, de commencer par seulement une relaxation classique tel que le training autogène de Schultz.

Remarque : La résistance provient souvent de peur irraisonnée par rapport aux E.M.C.. Cette peur augure d'une mauvaise information; en parler avec le patient arrange parfois bien des "bricoles".

3 - La première induction individualisée :

Après cette induction, on recherche un éventuel approfondissement de l'E.M.C. Ceci pour installer un éventuel repère pour "mesurer" sur une échelle empirique la profondeur atteinte.

Remarque : Plusieurs auteurs ont essayé de dégager des critères pour élaborer une échelle de "profondeur", ils ne sont pas d'accord entre eux. Et on peut obtenir ces critères indépendamment de la "profondeur" de transe.

On propose déjà de laisser venir d'éventuelles images mentales, sinon on en suggère, comme par exemple l'image d'un endroit agréable, réel ou imaginaire.

Ensuite vient l'évaluation qui porte, comme elle le fait après chaque pratique, sur l'induction et son vécu mais aussi sur les images symboliques ou réelles. En effet c'est selon, certaines

personnes peuvent "voir" des images qui n'évoquent aucune réalité tangible ou d'autres qui indiquent déjà comment la personne vit son problème et souhaite l'aborder.

D - L'apprentissage de la visualisation :

Vers la cinquième séance, dès que le patient réagit positivement à l'induction, c'est-à-dire fait la preuve par l'observation extérieure,

Remarque : Si c'est le cas on peut observer une baisse de tonus, une absence de contacts vers l'extérieure, un immobilisme corporel, et lors de l'évaluation il doit exprimer son indifférence aux stimuli externes lors de l'exercice.

qu'il se trouve être en E.M.C. et l'exprime également par ses observations lors des évaluations, alors peut commencer l'apprentissage de la visualisation qui devient le contenu principal de l'exercice.

1 - Visualisation d'images en deux dimensions :

Si certains peuvent voir des images dès les premiers essais, pour d'autres il s'avère nécessaire de passer par une phase d'apprentissage beaucoup plus formelle.

Ainsi, en E.M.C. on suggestionne à la personne de "voir" des formes géométriques de plus en plus complexes, ensuite on y ajoute des couleurs, et enfin on passe à des objets comportant de plus en plus de détails. Cette méthode s'inspire du Yoga Nidra⁵⁴.

2 - Visualisation de construction en 3D :

Elaboration d'un endroit agréable (E.A.) :

Lors d'un exercice, directement après l'induction, le patient doit s'imaginer être dans un endroit agréable et sécurisant pour lui, un endroit paisible. Certains choisissent une maison, peut-être parce que, comme le dit Olivier :

"Faire sa maison veut donc dire créer un lieu de paix, de calme et de sécurité à l'image du ventre de la mère, où l'on peut se retirer du monde pour sentir battre son cœur; créer un lieu où l'on ne risque pas l'agression, un lieu dont on soit l'âme. Passé la porte, s'étant assuré qu'elle est bien fermée derrière soi, c'est en soi-même que l'on entre alors."⁵⁵

Dans cet endroit il est suggéré au patient de se laisser aller à prendre du repos, de profiter de l'endroit, d'apprécier pleinement le calme et le confort.

⁵⁴BOYES D. : Le yoga du sommeil éveillé, (Paris, Ed. Epi), 1973, p.77.

⁵⁵MARC O. : Psychanalyse de la maison, (Paris, Ed. Seuil, coll. intuitions), 1972, p.23.

L'évaluation porte sur le vécu et le décor de l'E.A. mais aussi sur la possibilité qu'a eue le patient de sentir... sentir son corps dans la marche, son corps couché, etc ... Ceci nous renseigne sur sa faculté à ressentir les images motrices.

3 - Première visualisation de mouvement :

La représentation mentale du mouvement (R.M.M.) peut être proposée dès le début de la visualisation, lorsque le patient fait état de sa faculté à visualiser. Sinon c'est le moment pour le faire. Il s'agit d'une visualisation bien précise du mouvement à rééduquer ou à maintenir présent dans le schéma corporel si le segment est en immobilisation. Cette visualisation, comme toute autre d'ailleurs est élaborée avec le patient, et acceptée ensemble.

L'évaluation porte ici encore avec plus d'acuité sur les sensations perçues durant l'exercice. Si le patient exprime un manque de sensations motrices, il faut aménager, pour la séance suivante, un discours suggestif destiné à les augmenter.

E - Visualisation des images symboliques et de métaphores :

Vers la sixième séance, on introduit par une explication sur le symbolisme et les métaphores, et leurs effets possibles sur le corps, une discussion avec le patient pour lui permettre d'élaborer un scénario symbolique de guérison (S.S.G.) et, si ce n'est déjà fait, les mouvements à visualiser.

Le patient qui aura "construit" un endroit agréable pourra y visualiser son scénario symbolique et les images motrices.

Après l'induction, on suggestionne à la personne le contenu du S.S.G. élaboré avec elle, ensuite c'est le retour à une tonicité scénario symbolique de guérison élaboré avec elle, ensuite c'est le retour à une tonicité normale. Et l'évaluation porte sur la richesse du vécu, les éventuelles couleurs, l'impact corporel, etc...

On propose au patient de consigner son vécu dans un "journal de bord" et si possible de l'illustrer par un dessin.

2 - Première visualisation du S.M.C. :

Si la situation l'exige, quand par exemple le patient vit des difficultés, on peut réaliser avec lui un scénario métaphorique de changement (S.M.C.). Comme vu précédemment il y a certaines règles à respecter comme d'obtenir l'accord⁵⁶ du patient pour lui suggérer le scénario métaphorique sous E.M.C.

Ce genre d'exercice est effectué avec le rééducateur et ne peut jamais faire l'objet d'une pratique autogène. En effet, il ne s'agit plus ici de visualiser un mouvement, ou d'utiliser des

⁵⁶Voir le problème vécu avec T. au point 2.6.3.

images symboliques destinées à susciter des modifications physiologiques, mais bien d'intervenir sur le moral du patient, cela demande un minimum de formation en psychologie.

Evaluation : Le contenu devra ensuite être verbalisé et réinjecté dans le réel du patient.

F - Apprentissage de la pratique "autogène" :

Vers la huitième séance, lorsque le patient maîtrise bien la pratique hétérogène, c'est-à-dire avec le rééducateur comme inducteur de l'état modifié de conscience et de son contenu. On lui propose, directement après un exercice, de recommencer la même chose mais en faisant l'induction lui-même cette fois-ci.

Comme il est toujours "sous l'effet" de la pratique précédente, il lui est facile de "retrouver", par lui-même ensuite, le même état de conscience modifié que précédemment.

Bien sûr une préparation par une discussion est nécessaire pour lever les éventuelles craintes "de ne pas y arriver".

Evaluation : elle est importante, comment s'est passée cette première pratique autogène. Qu'a ressenti le patient, était-ce différent ?

Ensuite, jusqu'à la fin de l'intervention, le patient utilise la visualisation si possible quotidiennement. Chaque exercice fait l'objet d'un compte-rendu écrit et éventuellement d'un dessin au "journal de bord". Ces documents sont évalués avec le rééducateur afin de contrôler le bon déroulement des exercices et d'intervenir s'il l'estime nécessaire.

Le patient lors des prochains exercices autogènes, alternera ou combinera les deux types de visualisations à savoir : la représentation mentale du mouvement et le scénario symbolique de guérison.

Il me semble très important de proposer au patient, dès qu'il en semble capable, d'auto-induire l'E.M.C. et de faire les visualisations lui-même, parce que indirectement c'est ainsi lui rendre la responsabilité de son corps et de sa santé.

G - Evaluation finale :

On discute avec le patient de la rééducation psychomotrice et de ses apports spécifiques, du comment elle a été vécue et de sa continuité dans le futur de la personne.

1.4.3. Quelques repères et précisions méthodologiques supplémentaires :

- Les inductions en E.M.C. se font verbalement en proposant au patient, souvent des moyens "auto-concentratifs". Appelé ainsi parce qu'il accepte de fixer son attention, et de l'y maintenir tant que cela lui est suggéré sur, par exemple, son pouce ou un détail dans l'environnement.

- Les rapports avec l'équipe médicale doivent faire l'objet d'un suivi, lorsque c'est possible évidemment.

- Il s'agit d'une rééducation psychomotrice et non d'une relation d'aide où on fait de l'écoute. Mais il faut savoir s'adapter au vécu du patient. Ainsi dans le cas de M.D. lorsqu'il arrive à la consultation et dit :

"Ma femme m'a quitté, je ne sais plus où j'en suis."

On constate que l'événement peut surgir comme détours majeurs, on ne quitte pas le travail de rééducation (on ne devient pas thérapeute sauvage de l'événement), c'est une attitude d'écoute qui ramène le patient à une disponibilité et dont les éléments de l'histoire racontée apportent leur contribution au travail entamé.

- Il est fait usage du **renforcement positif** : le patient apprend et ses réussites sont renforcées. Son discours et ses questions sont positivés. Progressivement il est amené à connaître son problème et le traitement, c'est pourquoi il est important qu'il comprenne à la fois l'objectif et les moyens utilisés, alors chaque étape et exercice sont largement explicités et font toujours l'objet d'une évaluation.

De même, il participe activement à la rééducation :

- par l'écrit et le dessin,
- en effectuant des séances autogènes,
- en élaborant le contenu des visualisations.

Cette attitude conduit à responsabiliser le patient, et à lui permettre d'acquérir une certaine autonomie dans la prise en charge de sa santé.

- Les dessins et les comptes-rendus d'exercices effectués à domicile permettent au rééducateur d'instaurer un dialogue avec le patient. Ils renseignent sur les attentes et croyances, conscientes et inconscientes, concernant le rétablissement ou du moins l'évolution du problème.

Ainsi, comment sera dessiné l'organe atteint, quels symboles seront employés dans la visualisation, ce sont là autant de pistes à décrypter et discuter.

- Le discours du patient ne fait jamais l'objet d'une interprétation ou d'un jugement moral bien sûr, il faut s'en tenir

aux seuls faits. Mais si nécessaire, on peut lui soumettre quelques réflexions en terme de *ressentis*:

"il me semble que... vous n'avez pas envie de faire un exercice, qu'en pensez-vous ?

Mais surtout éviter l'analyse sauvage ou le "diagnostic", ce n'est pas l'objet de l'intervention.

- Lors des inductions pour installer l'E.M.C. chez le patient, on est attentif à renforcer et positiver tout effet obtenu qui objective l'E.M.C. et ensuite vérifier que les critères de celui-ci sont fondés.

En effet, l'E.M.C. est le fruit d'une rencontre entre deux personnes :

a) une, le rééducateur, inductive du phénomène, par son discours principalement;

b) une autre, le patient, réceptrice par l'écoute, puis le vécu.

L'inducteur peut observer des critères somatiques objectifs de l'E.M.C. : hypotonicité, immobilité, maintien de la posture, mais le vécu corporel et imaginaire du récepteur est plus difficilement objectivable car interne.

Ceci explique certainement la difficulté des auteurs à se mettre d'accord sur une grille d'évaluation de la "profondeur" ou de l'intensité de l'E.M.C.

- Actuellement, dans ma pratique je conçois une durée pour les séances de 60 minutes et ceci hebdomadairement. Chaque séance fait l'objet d'une évaluation et d'un rapport écrit, classés dans le dossier du patient.

1.4.4. La structure de la séance :

1 - L'accueil :

Il y a d'abord le temps de l'accueil, on s'assied et on se détend, on tâte l'ambiance... on s'accorde.

2 - L'évaluation de la semaine :

Puis vient le temps de l'échange sur le vécu de la semaine écoulée, et sur le contenu de la séance précédente.

Remarque : Il me semble important d'écouter comment le patient appréhende son environnement car de toute façon il influe sur lui et son comportement face à son problème de santé.

S'il s'agit d'un patient faisant des exercices à domicile c'est aussi le temps de l'évaluation de ceux-ci. Il faut savoir tout d'abord combien d'exercices le patient a effectué et pendant

combien de temps ? Ensuite quel en était le contenu et les réactions du patient vis-à-vis de ce contenu ? Si les contenus s'éloignent du thème défini de commun accord lors de la précédente séance, il faut en connaître les raisons.

Tout ce matériel est bien sûr consigné dans le dossier.

3 - Un exercice pratique :

Ensuite nous faisons un exercice, chaque séance en comprend un, c'est le pivot de la séance, sauf si le patient travaille beaucoup chez lui, auquel cas nous passons ce temps à les préparer.

a) L'induction : On commence par la respiration... le patient place son attention sur sa respiration, ensuite il lui est proposé de choisir son pouce ou bien un détail devant lui pour poser son regard. Pendant ce temps il lui est parlé de ses paupières qui se ferment et du calme qui s'installe en lui, jusqu'à ce que les paupières soient complètement fermées. Ensuite on lui propose d'évoquer, d'imaginer un moyen de descente et de commencer à descendre pendant que l'on décompte de dix à zéro.

Ceci n'est évidemment qu'une des multiples façons de faire, il en existe bien d'autres, impossible à détailler dans un mémoire. Celui-ci n'est pas un manuel sur les inductions hypnotiques.

Remarque : Après avoir animé pendant plus de trois cents heures des formations en hypnothérapie qui étaient réservées à un public averti, composé de psychologues et psychiatres, et aussi, animé plus de dix week-ends d'initiation à la visualisation destinés eux à un plus large public. Je puis affirmer que l'apprentissage de ces techniques est à la portée d'un très grand nombre d'intervenants.

b) Le contenu : Toujours préparé avec le patient, il s'agit d'une visualisation du mouvement ou du scénario de guérison.

c) Le retour au tonus habituel : Moment important, il doit être très progressif et respecter le rythme du patient.

d) L'évaluation : Toujours présente, temps crucial de chaque exercice, car elle est l'impulsion de la séance suivante.

4 - Rappel du travail à domicile :

Il est bon en fin de séance de rappeler au patient le contenu et la forme de ce qu'il doit faire chez lui, et de vérifier s'il a bien compris les demandes.

5 - Introduction de la prochaine séance :

Cette façon de faire aide le patient à gérer le projet et diminue l'éventuel stress dû à l'inconnu éventuel de la séance suivante. Il est bon que le patient ait la faculté d'anticiper sur le traitement, cela l'aide à s'inscrire dans un projet.

II

CLINIQUE

PSYCHOMOTRICE

2.1. Cas de T.F.

Cette intervention a été réalisée en 1987, c'est la première. Le patient F., un monsieur de 32 ans, vient en consultation au centre pour résoudre des difficultés d'ordre relationnel, lorsqu'il est accidenté. Il s'est coupé au poignet avec une vitre de table

lors d'un transport. Le nerf et les tendons sont touchés. Sa main est plâtrée.

Comme ce patient est en thérapie de soutien il a déjà utilisé les E.M.C. et c'est un gain de temps appréciable car inutile de passer par la phase d'apprentissage.

Nous discutons alors d'un projet, il comporte 3 axes de préoccupations, à savoir :

1) La conservation du schéma corporel :

Il est décidé de visualiser, en E.M.C., les mouvements que le poignet et la main ne pouvaient plus effectuer puisque plâtrés.

2) Eviter les troubles trophiques de l'immobilisation :

On a construit ensemble une sorte de scénario d'aide à la guérison.

Son contenu : une série d'ouvriers spécialisés qui travaillent dans la main. Il y a des soudeurs sur le nerf pour que la conductibilité nerveuse puisse de nouveau passer. Dans les tendons il y a des équipes d'entretien qui assurent le nettoyage et le graissage des parties mobiles.

3) Vérifier les croyances concernant l'évolution :

Il m'a semblé important de connaître les croyances du patient, même inconscientes, concernant l'évolution ou l'issue de son problème. Aussi, il lui est proposé de symboliser son attitude face à son traumatisme et sa guérison, par le discours de responsables et de spécialistes rencontrés lors des visualisations en E.M.C. Et c'est ainsi qu'il décide de désigner un ouvrier comme chef d'équipe et de consulter un "médecin spécialisé" qui lui donnera un avis autorisé sur les pratiques envisagées.

Tant de l'avis du chirurgien, le Dr. P., qui s'étonne de la rapidité de la récupération de la conductibilité nerveuse, que du kinésithérapeute qui lui s'étonne de la facilité de la rééducation, c'est une complète réussite.

Evidemment les conditions étaient idéales :

- un patient avec qui une relation s'est déjà construite.
- l'intervention suit directement le traumatisme.
- une collaboration parfaite avec la rééducation kiné.

2.2. Cas de B.B.

Cette dame fait une demande de thérapie parce qu'elle est nerveuse; elle se contracte dans certaines situations sans savoir pourquoi. Depuis un an, elle est atteinte d'une aménorrhée⁵⁷ et de divers problèmes de circulation, notamment des varices.

Nous commençons par l'apprentissage d'une relaxation pour qu'elle puisse se détendre. Ensuite nous essayons une induction en E.M.C. pour visualiser un endroit agréable et calme dans lequel elle se repose. Deux semaines plus tard, nous faisons un exercice pour résoudre son problème d'aménorrhée, le résultat est efficace après une semaine et se maintient toujours deux mois après quand elle m'annonce qu'elle veut un enfant mais que son gynécologue lui dit que c'est impossible car elle manque de progestérone.

Il lui faudrait donc subir un traitement hormonal, ce qu'elle ne souhaite pas et demande s'il s'avère possible de travailler ensemble sur ce problème. J'ai répondu que l'on pouvait toujours essayer en attendant qu'elle prenne une décision concernant un traitement hormonal. Cette personne ayant une formation médicale, je pouvais lui laisser la responsabilité de ces choix, estimant qu'elle possédait la formation nécessaire pour les effectuer en connaissance de cause.

Nous faisons des visualisations en E.M.C., où des ouvriers s'affairent à tapisser son utérus du matériel nécessaire pour accueillir un fœtus. Dans l'hypophyse d'autres suscitent et activent le travail des hormones et des glandes. Régulièrement la patiente "rencontre" lors de ses visualisations les responsables des différentes tâches afin de s'informer de l'état d'avancement des travaux. Et un jour, alors que nous travaillons depuis maintenant presque trois mois sur ce problème, elle arrive à la consultation très troublée et me déclare :

"Durant mon exercice le responsable des travaux dans l'utérus est venu me dire que j'étais enceinte. Comme je lui répondais que je ne le croyais pas il s'est fâché et m'a dit d'effectuer un test sanguin. Qu'en pensez-vous ?"

J'ai répondu qu'un test de grossesse était relativement aisé à réaliser et qu'il lui permettrait d'être fixée. Elle m'apprend trois jours plus tard que le test était positif, et qu'elle était bien enceinte comme le responsable l'avait affirmé.

Cette patiente réagissait très bien aux exercices et visualisait facilement. En plus elle était très motivée, faisant deux à trois exercices hebdomadaires et tenant un cahier de bord de l'évolution de son travail.

⁵⁷Absence de flux menstruel.

2.3. Cas de P.M.

Ce patient de 19 ans, est envoyé par le chirurgien qui soignait T.F., il cicatrise trop rapidement, et cela engendre des adhérences du tendon dans la gaine.

Le projet :

1) Contenu du scénario symbolique de guérison :

- Il y a des spécialistes pour gérer les substances que le cerveau envoie pour cicatriser et aussi mieux faire coulisser les tendons.
- Pour évacuer la marchandise, les substances en trop, il y a des tuyaux qui évacuent.

2) Contenu de la représentation mentale du mouvement :

- La main est comme une griffe dans du sable et les doigts arrachent la matière.

Evaluation :

Ce patient bien que doué pour la visualisation et réagissant très bien aux inductions, vient très irrégulièrement à la consultation. A chaque absence il présente des prétextes futiles. S'agit-il de mettre en cause son jeune âge ou un manque de motivation parce que le projet ne serait pas compris ?

Comme j'aborde le problème il me fait part des moqueries de sa compagne mais également du scepticisme de son kiné devant ses progrès.

Après sept séances, bien qu'ayant obtenu un résultat mesurable dans la flexion du quatrième et cinquième doigt, le patient cesse le traitement sans prévenir.

Dans ce cas, les circonstances n'étaient pas aussi favorables :

- le patient est envoyé et non demandeur;
- l'entourage intime ridiculise le traitement;
- le patient manque de maturité;
- la consultation est payée par une assurance;
- le "kiné" dénigre les résultats selon les dires du patient;
- je fais l'erreur de ne pas prendre contact avec le chirurgien.

Mais le problème est aussi institutionnel, car le centre manque de moyen en personnel, et il y a trop à faire pour établir un suivi strict de chaque patient.

2.4. Cas de X.D.

Ce patient de 63 ans, que je ne verrai que trois fois, est envoyé par le même chirurgien ayant envoyé P.M., la personne précédente.

Il a subi il y a un an une opération au canal carpien, il en conserve une douleur constante dans la région hypo-thénar, et rien ne peut le soulager. Il garde une certaine mobilité du poignet exceptée l'inclinaison latérale externe impossible. Il se dit "diminué" car ne sachant plus rien faire de sa main droite.

Projet :

- 1) Induire une analgésie localisée à un doigt afin qu'il découvre qu'il existe peut-être une solution pour le soulager.
- 2) Propager cette analgésie progressivement à d'autres doigts et ensuite à la région hypo-thénar toute entière.
- 3) Lui apprendre à induire lui-même cette analgésie lorsqu'il ressent la douleur.
- 4) Améliorer la mobilité du poignet, ce qui doit être possible selon les dires du chirurgien.

Evaluation :

Il réagit très bien à l'induction en E.M.C. de la deuxième séance, et l'analgésie du doigt, que j'ai suggérée, persiste encore trente minutes après l'exercice. En conséquence je lui propose d'étendre l'analgésie à toute la main lors de la prochaine séance et ensuite de lui apprendre à le faire lui-même à domicile. Puis nous travaillerons sur la mobilité du poignet.

A la troisième séance, il commence par déclarer que, la semaine passée, dès qu'il a quitté la pièce le doigt s'est réveillé. Nous faisons un exercice, les doigts de la main restent engourdis durant plus de trente minutes. Comme il réagit aussi bien je lui propose de refaire l'exercice lui-même maintenant. Il accepte, et déclare ensuite lors de l'évaluation qu'il semble que pour le doigt ça marche bien, il est bien engourdi, mais il n'a pas d'image.

Ensuite plus de nouvelles non plus, le patient ne s'est pas présenté au rendez-vous. La personne qui assure le secrétariat lui a écrit mais nous n'avons jamais reçu de réponse.

2.5. Cas de A.F.

Ce patient est envoyé par son kiné., suite à une chute sur chantier, il s'est fracturé D10 et D11. Il se traîne plus qu'il ne marche à l'aide de deux béquilles qu'il refuse de lâcher, il a très peur de tomber.

Nous avons travaillé presque un an ensemble; ce patient fait maintenant du vélo et marchait sans béquilles lors de la dernière séance. Pourtant il se croyait condamné aux béquilles...

Projet :

1) Sous E.M.C. visualiser la colonne et un électricien tirant des câbles électriques, au travers du tunnel des vertèbres, afin de rétablir le "courant" nerveux.

2) Ensuite visualiser, en E.M.C., le poste de pilotage d'une grue d'où partent toutes les commandes qui actionnent les membres inférieurs. A noter qu'ils restaient immobiles en état de conscience ordinaire, mais bougeaient en E.M.C.

3) Lors des visualisations, régulièrement rencontrer un spécialiste qui informe sur l'état du patient.

4) Effectuer des massages destinés à apporter des afférences sensorielles et aussi réinvestir le corps. Ce n'est pas par hasard que l'épouse se proposera pour faire ces massages. Et c'est bien volontiers que je lui en indiquerai la procédure.

5) Intégrer la rééducation dans les actes quotidiens et banals : comme de commencer à marcher sans béquille de l'évier à la table, ou de marcher, pour retrouver l'équilibre, les yeux fermés en me tenant par la taille, et encore effectuer des balancements en maintenant son attention sur la perception de ce qui se passe dans la cheville, etc...

Evaluation :

Ainsi, pour réinvestir le corps, chaque fois que j'en ai l'occasion je propose au patient d'utiliser son corps; que ce soit pendant qu'il regarde la T.V. en jouant avec ses pantoufles ou dans le bain à soulever la jambe, ou encore avec sa petite fille en jouant au ballon. N'importe quoi est prétexte à rééducation !

Il fallait profiter de la motivation du patient, ainsi que de celle de la famille. En plus, le patient réagissait positivement aux inductions et à la visualisation.

Nous avons obtenu des résultats extraordinaires, tant sur le plan de la motricité qu'au niveau de la sensibilité, ce qui améliorera les rapports sexuels du couple et la confiance en soi du patient.

2.6. Cas de T.

Introduction

Avant cette intervention, j'ai eu trois contacts avec S., psychomotricienne au C.H.U., il s'agissait de :

a) Une conversation téléphonique :

Afin d'obtenir un endroit de stage, pour effectuer la partie expérimentale de mon mémoire, portant sur l'emploi des E.M.C. en thérapie psychomotrice.

b) Une rencontre à son domicile :

Nous avons échangé sur nos approches et nos techniques. L'entretien s'avérait fructueux pour moi, j'étais content de rencontrer une psychomotricienne travaillant avec une approche semblable à la mienne.

c) Une rencontre dans son milieu professionnel :

Elle me propose de travailler avec T.

2.6.1. Anamnèse :

Il s'agit d'un enfant de 7 ans, venant de subir une auto-greffe de moëlle car il est cancéreux, leucémique. Il se trouve hospitalisé en unité stérile au C.H.U. S. croit que les techniques que j'utilise, à savoir : les E.M.C., la symbolisation, et les visualisations peuvent aider cet enfant.

Remarque : Effectivement, je connais bien ces techniques utilisées tout d'abord par Carl SIMONTON⁵⁸, publiées depuis presque dix ans. Elles s'inscrivent dans un courant de recherche actuelle intitulée : psychoneurimmunologie.

Je n'ai encore qu'un projet et des outils, pas de méthodologie précise. Je suis encore en recherche et il m'est difficile de parler de mon approche.

Remarque : Et cela m'inquiète un peu. J'ai peur que l'on me demande de développer quelque chose trop rapidement, que l'on ne me laisse pas le temps de m'adapter à l'hôpital.

Elle ajoute que le pronostic n'est pas très optimiste : il lui resterait peut-être encore un mois à vivre, et me demande si je peux assumer une telle tâche. Je lui réponds oui et ainsi j'accepte ce travail.

Remarque : J'ai déjà pensé à la mort, elle ne m'effraie pas le moins du monde et j'envisage très sérieusement

⁵⁸SIMONTON C. : Guérir envers et contre tout, (Paris, Ed. Epi), 1982, 363 p.

d'ultérieurement faire de l'accompagnement et du soutien avec des mourants.

Nous convenons d'un horaire, soit trois consultations hebdomadaires de 1h30, à heures fixes, ventilées comme suit : mardi, vendredi, dimanche de 13h30 à 15h.

2.6.2. Compte rendu des séances.

26/04/91 SEANCE N°1

Je viens pour la première séance avec T., S. m'attend dans son service, elle m'accueille avec un sourire et dit : "Nous descendons vous présenter à l'enfant." Elle me signifie qu'elle a prévenu T., les parents, et le personnel, tous sont d'accord.

Remarque : je n'ai pas encore d'objectif précis, seulement la méthodologie dans ses grandes lignes, j'attends de voir et surtout comprendre la situation. Je me détache de toute théorie, de toute idée préconçue pour rester disponible.

Description de la première rencontre :

Dans l'ascenseur elle m'explique : "T. vient de subir une auto-grèffe aussi est-il fatigué et conséquemment moins souriant que d'habitude..." Nous entrons dans le sas de sa chambre, T. est de l'autre côté d'une épaisse vitre, je ne l'aperçois pas encore, elle se saisit d'un interphone et l'appelle. Il répond qu'il est à selle, elle le salue et lui dit qu'elle vient me présenter, et lui rappelle que je vais jouer avec lui...

Je l'aperçois : c'est un beau petit garçon blond et bouclé, fortement amaigri, le sourire triste.

Elle me propose d'effectuer le protocole préalable à mon entrée dans la chambre. Nous quittons le sas pour prendre le couloir. Après quelques pas nous franchissons une porte portant l'inscription :

- RESERVE AU PERSONNEL -
ENTREE INTERDITE

Derrière cette porte, un autre couloir et à deux mètres une grande ligne rouge. Elle m'explique qu'il ne faut à aucun prix la traverser avant d'être déshabillé, c'est "l'espace propre". Ensuite se doucher et se changer avec des vêtements du service. Mais dit-elle : "Une infirmière m'expliquera tout cela avec force détails". Et elle me quitte en me souhaitant un bon travail.

Je n'ai pas le temps de beaucoup réfléchir car l'infirmière fait son entrée et commence à me donner toutes les consignes. Après son départ, nu devant la douche, je me demande si je n'ai rien oublié et vérifie en repassant mentalement toutes les consignes, non je pense que tout est respecté. J'ai le sentiment d'être à la NASA et qu'il va se passer un événement important. Enfin, douché et habillé, je sors et franchis une autre porte épaisse, de l'autre côté une infirmière. Je lui demande où se trouve la chambre de T., elle m'indique la 45 et ajoute : "c'est

par là à droite". Je fais trois mètres et une autre infirmière m'arrête et me dit "Attendez avant d'entrer, je dois vous expliquer comment procéder. Vous ne pouvez entrer dans la chambre, vous restez derrière cette toile de plastique transparent et souple, dans laquelle vous pouvez passer vos bras et vos mains. Si vous devez entrer dans la chambre, il vous faut prendre un tablier stérile, une paire de gants stériles, une paire de chaussures stériles et vous laver les mains et avant bras jusqu'aux coudes avec ce produit rouge, pendant trois minutes. De plus il existe une façon très stricte pour effectuer ces opérations". Je décide de m'y soumettre, je veux avoir un contact un peu plus étroit avec T.

Enfin, après trente minutes d'une préparation fastidieuse, et strictement nécessaire, mais compliquée lorsqu'on l'effectue pour la première fois, je fais le premier pas dans la chambre de T. Il est assis sur son lit, ne semble pas m'attendre, ne semble rien attendre d'ailleurs.

Je constate que derrière l'épaisse vitre où je me tenais précédemment avec S., il y a maintenant une jeune fille et un quadragénaire qui regarde T., l'homme se saisit de l'interphone et se présente comme le père et me signifie que la jeune fille est sa fille M., il me demande si je suis Francis, le garçon dont S. lui a parlé. Je réponds oui et salue T. Je commence par expliquer à T. que c'est compliqué de venir jusqu'ici quand on n'a pas l'habitude. Il me dit que c'est vrai et me demande pour jouer. Je m'agenouille près de son lit, préférant délaissé la chaise trop éloignée de lui, de cette façon je me trouve à sa hauteur, un rien plus bas peut être. Je réponds que je veux bien jouer au jeu de l'oie avec lui, il m'informe qu'il ne connaît pas les règles et me présente un papier sur lequel elles sont inscrites. Je m'en saisis et commence à lire... les parents sont toujours derrière la vitre épaisse, je leur tourne le dos. Je demande à T. si S. lui à parler de ce que nous allons faire, il me répond que non, jouer peut être.

Et nous jouons... au bout d'un moment, il me signifie qu'il doit aller à selle, j'acquiesce et le laisse passer. Lorsqu'il en a terminé, il me demande de sonner l'infirmière. Je m'exécute et lui demande si c'est ainsi qu'il faut agir, il confirme la bonne exécution de mon acte. Une infirmière se présente immédiatement, elle passe ses mains dans le costume constitué par la toile transparente qui sépare la chambre de T. de l'antichambre et exécute les soins que réclame la situation de T. J'attends qu'elle termine, et ensuite nous reprenons le jeu.

Remarque : Durant ce jeu, j'utilise les cases dessinées sur la carte du jeu pour faire de la symbolisation. Ainsi lorsque nous nous trouvons ensemble sur une case représentant un puits, je lui propose que nous descendions à l'intérieur pour voir ce qu'il y a dedans. Comme il ne trouve rien, je ne trouve rien non plus aujourd'hui. En effet, je ne souhaite rien induire comme image avant de le connaître.

Quinze heures dix, j'explique à T. que je dois maintenant le quitter, mais nous nous reverrons dimanche à la même heure, il me répond, d'une voix qui me semble assez neutre : "oui". Je

sors et me débarrasse d'une partie de mon "costume" dans l'antichambre, ensuite je repasse au vestiaire pour quitter le reste : training, pantalon vert, masque, chapeau, chaussures de plastique, et m'habiller avec mes vêtements. Dans le couloir je rencontre le papa; avant qu'il ne parle, je lui explique que je suis très pressé car je dois aller donner un cours et lui propose de se rencontrer dimanche.

Conclusion :

Durant toute cette séance, je suis resté très calme et non-agissant, observant au maximum ce que je pouvais observer. L'important c'est d'installer une relation avec l'enfant pour ensuite concevoir un projet pertinent pour lui. J'ai utilisé un peu la symbolisation, afin d'estimer ses capacités à utiliser cette technique, à mon sens il semble très coopératif, mais je dois attendre qu'une relation s'installe, qu'il ait confiance.

28/04/91 SEANCE N°2

Description :

J'arrive à l'unité stérile, me dirige vers la chambre de T. et entre dans l'antichambre afin de m'annoncer. Il m'accueille avec un : "Bonjour Francis !". Il me semble en meilleure forme. Je lui demande si je peux venir et il me répond : "oui". Je passe donc par la douche et l'habillement, et puis demande l'autorisation d'entrer à l'infirmière et termine par la stérilisation. J'entre dans l'espace de l'enfant, lui tend la main pour le saluer...

Remarque : Je me rapproche ainsi un peu de lui.

Je lui demande s'il veut jouer, il répond : "oui", mais avec la console électronique car dit-il : "c'est mieux à deux que seul". Durant le jeu, mes paroles consistent à reconnaître ses capacités motrices et intellectuelles. Je n'aborde aucun autre sujet que le jeu, c'est trop tôt encore. Vers 15h20 ses parents arrivent, ils font un signe de l'antichambre...

Chose curieuse : T. ne s'en occupe pas. Il continue de jouer avec moi, il fait un choix en tant que personne et je le respecte.

Remarque : C'est peut être un message ?

Moi je les salue. 15h40, j'explique à T. que je dois le quitter et lui rappelle l'horaire : je reviendrai mardi à 14h...

Remarque : La connaissance de l'horaire par l'enfant, surtout s'il est régulier lui permet de se structurer dans le temps mais aussi d'anticiper les séances et donc de diminuer son anxiété.

Je lui demande également de rappeler à la kinésithérapeute, puisqu'elle l'a si gentiment proposé, de commencer par lui afin que nous puissions passer plus de temps ensemble...

Remarque : Cette demande est destinée à lui donner un début de responsabilité par rapport à sa prise en charge des séances de thérapies psychomotrices.

A ma sortie dans le couloir, les parents viennent vers moi... le papa me demande ce que j'en pense et je lui explique que j'ai trouvé T. plus en forme aujourd'hui. Je lui demande ce que lui en pense, il ne sait pas, il me signifie qu'il n'abandonnera pas. Nous parlons de la famille, mais il revient à T., comme je lui demande ses projets, il me répond : "Aucun c'est d'abord T."

Remarque : J'ai le sentiment que l'enfant prend toute la place, ce qui est en partie compréhensible, mais qu'en plus tous les projets de la famille dépendent de lui, de son rétablissement. Je ne sais comment expliquer la chose, mais j'ai le sentiment que l'enfant doit le percevoir et dans ce cas, n'est-ce pas une trop grosse responsabilité pour ces frêles épaules que de porter toute cette famille - Fréquemment, la manière d'exposer le problème nous indique le problème lui-même.

J'explique au père que les perspectives c'est important, que le temps ne s'est pas arrêté... D'ailleurs, je projette de relier ces acteurs, peut-être en les faisant participer à nos jeux.

30/04/91 SEANCE N°3

J'arrive dans le couloir, ouvre la porte et saisis l'interphone pour demander à l'enfant si je puis ouvrir le rideau, pas de réponse. Soudain, j'entends la voix d'une infirmière qui me dit d'ouvrir le rideau. Je regarde et dans le lit je crois le voir qui dort. Je demande à l'infirmière si je dois revenir. Elle répond que non, et dit : "Allez T. il y a quelqu'un pour toi, tu te réveilles sinon tu ne dormiras pas la nuit". Je suis surpris, je ne l'avais pas reconnu, il a les cheveux complètement rasés. Je lui dis que je peux revenir un autre moment, mais l'infirmière insiste en me disant que je peux entrer.

J'entre dans la chambre de T. et lui donne la main : comme je lui présentais la gauche il présentait la gauche aussi mais très vite il rectifie et présente la main droite.

Remarque : Mon muscle deltoïde est atrophié suite à un étirement du nerf circonflexe. Dès lors dans certaines positions je ne puis faire une élévation du bras pour dire bonjour, alors je présente la main gauche.

Il me dit avoir reçu une nouvelle cassette nitendo (jeu vidéo) et me propose de jouer, je lui explique que nous pourrions consacrer les dimanches à la vidéo et faire autre chose la semaine. Il me demande de l'aider pour faire un robot et me montre ses réalisations antérieures, je lui propose, comme je sens un blanc de me parler de lui, car comme je lui explique je ne sais rien de lui, si ce n'est par les dires de S. et ses parents. Et j'ajoute alors : "Et toi que peux-tu me dire de toi ?"

Remarque : C'est un moyen d'installer la relation, comprendre son vécu, mais aussi et surtout de le laisser s'exprimer.

Et tout en manipulant les "légos", il me parle de ses amis, des îles, du climat, et qu'il voudrait retourner à la Réunion ...
Des rêves aussi... Je n'interviens pas sur le contenu, mais je lui explique que je peux permettre aux gens de rêver, de faire des rêves tout en restant éveillé, que si la chose venait à l'intéresser je peux le faire un jour avec lui aussi...

Remarque : Cette remarque me permet d'introduire les E.M.C. et la Visualisation pour travailler directement sur l'organisme.

Il est d'accord, je pense alors que je dois m'organiser pour ne pas être dérangé (peut être avec les parents). Et juste à ce moment, comme pour confirmer mes craintes, entre dans l'antichambre une jeune fille, ayant terminé son stage, qui vient lui dire au revoir.

Nous reprenons notre conversation et la manipulation des "légos", il insiste beaucoup sur les petits robots...

Remarque : Peut être un élément pour la visualisation.

Ses parents arrivent, avec M. la soeur aînée, nous les saluons et je m'efforce de les inclure dans la conversation. C'est ainsi que sa maman, d'abord timidement, explique comment on prépare le poulet... T. en profite pour évoquer un incident vécu avec eux lors d'un anniversaire, d'abord les parents semblent ne pas se rappeler, mais comme T. insiste, le souvenir revient, ouf...

Remarque : Je crois important pour T. de pouvoir exprimer ce genre de chose, car ainsi, après, des discours plus essentiels peuvent surgir. Mais je dois veiller à ce que les parents ne se culpabilisent évidemment pas ou bien réagissent agressivement. D'ailleurs quand je partirai je leur expliquerai le principe de ma démarche.

Il est l'heure, je m'en vais, je salue T. et lui rappelle le moment de ma prochaine visite.

Sorti, une fois dans le couloir, je vais saluer les parents, je constate que T. est à la vitre de l'antichambre, en train de jouer et faire des grimaces avec eux. C'est la première fois que je les sens aussi proches, je lui fais aussi une grimace.

Comme à l'habitude, nous discutons à l'écart avec le papa, comme il semble se considérer comme un intrus lorsqu'il vient et que je suis avec T. Je lui rappelle, que c'est son fils, et que de plus ma méthodologie fait participer les parents. Et j'ajoute que si un jour j'ai besoin d'intimité, je lui en ferais part auparavant, de ce fait il ne me dérange jamais. Comme je lui demande si T. vient souvent jouer avec eux ainsi près de la vitre, il me répond que non.

Remarque : Ainsi, il semble donc que le lien se reforme, est-ce parce qu'il a pu exprimer des choses à ses parents (la punition) ou parce qu'ils participent à nos conversations ?

En quittant le papa, je lui rappelle l'importance de penser aussi à lui-même et aux autres membres de la famille. Si toute la

famille fait dépendre son avenir du sort de T., c'est peut-être alors une grosse responsabilité pour un si jeune enfant.

03/05/91 SEANCE N°4

T. dort, mon arrivée le réveille, il m'aide pour effectuer mon entrée dans son espace. Lorsque je lui demande de m'aider, je vois qu'il prend la chose très au sérieux et se sent valorisé.

Remarque : De plus je peux en le faisant participer, lui faire travailler et prendre conscience de son schéma corporel. Car je lui demande si je dois commencer par la main gauche ou la droite, etc... le corps nommé remplace le corps touché.

Ensuite nous passons aux "jeux", aujourd'hui nous commençons par un puzzle, nous travaillons l'organisation spatiale et la réversibilité. Mais aussi le symbolique, ainsi lorsqu'il compare l'homme et le puzzle en disant : "c'est comme l'homme il se détruit...", j'ajoute : "peut-être pour se reconstruire".

Après nous mimons le restaurant. C'est une sorte de jeu de rôle, il est le patron du restaurant et je suis le client. Les échanges, que nous avons permettent plus aisément encore de :

a) Le comprendre face à sa maladie :

Les termes qu'il emploie en disent long sur la manière dont il vit son problème.

b) Proposer par saupoudrage des suggestions :

Ceci demande quelques précisions : il s'agit d'une technique de communication utilisée par M. Erickson. qui consiste à saupoudrer le discours de suggestions marquées par un ton de voix ou une posture particulière. Elles doivent renvoyer à une expérience sensorielle et un contexte précis, de cette manière elles permettent ou suscitent la généralisation. Généraliser repose sur notre capacité à étendre ce qu'on a appris dans une expérience à toutes les situations d'un registre semblable.

c) Utiliser la métaphore :

Elles suscitent également la généralisation, mais dans ce cas j'emploie des analogies, comme dans les contes.

d) Le relier à ses parents :

La première fois que j'ai assisté à leur visite, j'ai été frappé par le fait qu'il ne s'en occupait guère. La vitre entre lui et eux n'y est certes pas étrangère, mais il est possible de diminuer son "épaisseur". Sa séparation d'avec les autres, ne doit pas le conduire à la solitude...

A la sortie de la chambre je rencontre, comme d'habitude le papa; je lui demande s'il veut bien dimanche nous aider en veillant à ce que personne ne nous dérange. Il me répond : "oui".

05/05/91 SEANCE N°5

Ce jour en arrivant je remarque un mot collé sur la porte, c'est le papa qui le signe, son contenu : "M. STRAET est en entretien particulier de 14 à 15 avec T., ne pas déranger".

J'arrive dans la chambre de l'enfant, il me propose de le chercher, que j'aurai une surprise. De fait il s'est déguisé avec du matériel de soin (bandage et sparadrap), il ressemble à une sorte de combattant "Ninja". Il me demande de passer avec la voiture téléguidée sur ses pieds et lui doit l'éviter en sautant. Après quelques minutes, je lui propose de faire un exercice comme nous en avons parlé (E.M.C.), il semble enthousiaste et prêt à participer. Nous commençons :

PRATIQUE :

a) - Induction : classique car inspirée du training autogène de Schultz et des inductions Ericksonniennes.

Remarque : Il est difficile d'utiliser ces techniques à l'hôpital, c'est un lieu sans intimité et trop traditionnel.

Ensuite constatant l'hypotonie musculaire et le réflexe de fermeture des paupières, je propose une visualisation symbolique associative.

b) - Contenu : des couleurs, ensuite une sorcière qui mange les étoiles de couleurs, puis les organes internes. Aucun terme direct concernant sa maladie.

c) - Evaluation : il dit avoir ressenti l'impossibilité d'ouvrir les yeux, de bouger les bras et les jambes. Selon lui c'était amusant.

d) - Conclusion : réaction très positive pour une première induction et démontre une aptitude certaine à symboliser.

e) - Perspectives : continuer l'association spontanée jusqu'au moment où il fera allusion à sa maladie, ensuite proposer un scénario différent.

Ensuite nous avons joué au restaurant. Rien de notable à signaler cette fois, j'ai juste effectué quelques remarques concernant l'hygiène (pas d'eau pour la vaisselle), la nourriture (manque de choix), et le protocole (payer avant de manger). Ce semblant de retour au réel était motivé par l'ambiance ludique trop importante à mon sens.

07/05/91 SEANCE N°6

Lors de mon arrivée T. jouait tout en regardant la télévision, il me remet une lettre de S. qui me prévient ainsi qu'elle ne pourra se présenter à notre R.V.

Je propose de faire un exercice, il accepte bien volontiers et s'installe confortablement. Comme la première fois ses yeux commencent à pleurer, mais cette fois il commence à tousser aussi je décide d'arrêter l'induction, car ce malaise signale une résistance, en proposant de la reprendre plus tard, lors de la prochaine séance.

Remarque : Ce genre de malaise préfigure souvent des résistances inconscientes, propres au contenu et rarement au type d'induction elle-même. Comme nous le verrons plus tard...

Il me reparle de l'hypnose, faisant des gestes bizarres, aussi je lui explique :

"Ce que nous faisons n'a rien à voir avec l'hypnose."

Comme il me demande ce qu'est l'hypnose, je lui dis de me regarder dans les yeux, je lui prends le poignet... comme je constate qu'il commence à cligner des yeux j'arrête et dit :

"Voilà c'est cela l'hypnose, c'est différent de ce que nous faisons et ferons !".

Je lui demande de me parler de sa santé, ce qu'il peut m'en dire... il me répond qu'il va me dire quelque chose de bizarre, qui étonne tout le monde, mais qu'il a un cancer.

Ses parents entrent... les visites ne permettent pas l'intimité nécessaire à notre travail, il va falloir trouver une solution. Aussi nous parlons d'autres choses, nous utilisons le lexidata pour faire des exercices de grammaire, il fait semblant (du moins je le crois) de confondre passé, présent et avenir.

Conclusion :

Dans son message S. me demande d'imaginer une méthode "psycho-adjuvante" car il a besoin de fabriquer des globules blancs; c'est mon intention, puisque cela fait partie du projet. Mais auparavant, il doit apprendre à se mettre en E.M.C. sinon cela ne sert à rien.

10/05/91 SEANCE N°7

PRATIQUE :

Après l'induction en E.M.C. je propose un exercice de visualisation, c'est une sorte de rêve éveillé. En effet, un échange verbal entre le sujet et l'opérateur a lieu durant l'exercice. En voici le texte :

Tu vas découvrir des couleurs, ensuite tu dois trouver un robot ?

(T) - Pas de robot..., mais une lionne... elle détruit tout.

Pourquoi ?

(T) - Parce qu'on ne l'aime pas.

Et toi tu ne l'aimes pas ?

(T) - Si.

Moi aussi je l'aime bien, tu pourrais lui dire.

(T) - Oui, je lui dis.

Maintenant tu peux lui demander de te conduire, au travers de l'escalier, vers les robots blancs.

(T) - Elle accepte nous y allons. On s'arrête, il y a un piège ; un trou avec des piques.

Demandes à la lionne de t'aider !

(T) - Je monte sur son dos et nous sautons au-dessus. On rencontre une foule de minuscules robots blancs.

Cherche le chef et demande-lui de t'aider.

(T) - Il refuse, car il ne veut pas aider les humains, il ne les aime

Remarque : 2 fois une image exprime qu'elle n'est pas aimée...

D'accord mais alors, tu peux le convaincre ?

(T) - Non, il refuse.

Alors tu peux te battre peut être.

(T) - Oui, je me change en dragon et je me bats avec lui... un homme arrive, menaçant, je l'assomme.

Bien, tu continues de te battre jusqu'à ce qu'il accepte de t'aider.

(T) - Il accepte maintenant de m'aider.

Fais-lui promettre.

(T) - Il le fait.

Maintenant explique-lui que tu veux qu'il soit ton ami, que tu t'es battu avec lui parce qu'il refusait de t'aider.

(T) - C'est fait.

Bien nous allons arrêter l'exercice maintenant...

Ensuite nous jouons au basket sur la console Nitendo, comme il gagne, j'en profite pour lui faire constater ses possibilités et capacités.

Lors de mon entretien avec les parents, je leur explique qu'ils ne doivent pas s'étonner du contenu de mon discours, celui-ci est souvent porteur de message à double sens.

12/05/91 SEANCE N°8

Ce dimanche on commence par la nourriture, il refuse de manger car il n'aime pas, ce n'est pas bon. Il me semble qu'il n'a pas entièrement tort et je lui concède. Mais il faut manger, aussi nous passons un contrat : manger quatre morceaux de viande, parmi les plus appétissants, cherchons-les pour les manger.

Il me dit qu'il n'est pas bien aujourd'hui, tracassé. Je lui demande s'il veut en parler. Comme il marque des réticences à se confier, je lui explique :

"Tu peux parler si tu as envie, mais seulement si tu as envie. Si tu crois que parler peut t'aider d'une quelconque

manière, et cela peut rester entre nous, personne n'en saura rien."

Alors comme tous les enfants, il surmonte ses émotions par un jeu symbolique, puis commence à se confier, parle de sa mère... de sa dépression, "elle est malade aussi..." dit-il.

Comme arrivent ses visites, nous cessons cette conversation. J'essaye de lui permettre de parler, ou tenir compte de la présence de ces gens. Mais visiblement il refuse, et refuse même de me dire qui sont ces gens. Comme une gêne s'installe je me retire pour permettre un échange entre eux.

Remarque : Je vais devoir trouver un système pour ne pas être dérangé lorsque nous travaillons; peut-être changer mon horaire, ou alors mettre un papier sur la porte.

14/05/91 SEANCE N°9

Ce jour T. souhaite ne pas faire d'exercice. Je lui propose d'en parler... il reparle de sa maman. Je lui explique que sa maman peut avoir ses raisons d'agir de cette façon et que peut-être il pourrait en parler avec elle.

Nous revenons sur les exercices, il souhaite qu'ils soient plus courts et changent de thème. J'explique que je vais réfléchir à

sa demande. Il me signifie qu'il ne comprend pas pourquoi on ne joue pas plus et se demande à quoi peuvent servir ces exercices. Je lui explique les résultats obtenus avec d'autres personnes et comment fonctionne la symbolisation. Il est d'accord pour continuer ce travail.

Nous jouons : il me dit qu'il ne veut plus jouer au restaurant, mais qu'il veut construire maintenant. Dès lors nous construisons une sorte de véhicule spatial, avec des canons et un épieu.

Remarque : Serait-ce là un signe, l'émergence symbolique d'une agressivité tournée maintenant vers l'extérieur ?

Conclusion :

Après lui avoir expliqué l'importance et l'impact des exercices de visualisation, il apparaît qu'il accepte de continuer, sinon il semble tout de même qu'une certaine lassitude s'installe. Je vais en parler avec S.; peut-être que nous en faisons trop, et que nos approches font plus que se recouper... Les parents ce jour m'ont semblé distants.

Etant monté pour rencontrer S., elle me signale que le médecin de T. l'a informée de la remontée "des blancs" de celui-ci. Serait-ce les résultats du changement provoqué par l'exercice effectué le 10/05 ?

17/05/91 SEANCE N°10

Lorsque j'arrive T. semble un peu fatigué, il souhaite parler de sa maman... je l'écoute.

Nous parlons des exercices, je lui explique ce que symbolisait le chef des robots blancs, il réagit en disant : "Tu m'as bien eu alors."

Remarque : Il aurait été intéressant de discuter avec lui de la signification de cette remarque, malheureusement le temps qui m'était imparti ne le permettait pas. (Mais nous le découvrirons lors de notre dernier entretien en hôpital de jour).

Nous construisons ensemble le scénario du prochain exercice : il s'agit d'un Bip-bip (c'est T.) qui embarque dans une fusée, avec de la nourriture. Dedans il y a aussi un oeuf avec un petit Bip-bip. Puis aussi le renard qui essaye de l'attraper mais sans jamais y arriver. Je lui propose de s'en faire un ami.

A la sortie je rencontre les parents, je leur demande de laisser un mot sur la porte car dimanche nous faisons un exercice et je souhaite que nous ne soyons pas dérangés. Ils sont d'accord.

Conclusion :

Comme je monte dans son service, S. me fait remarquer que selon elle les enfants sont déjà en état de conscience modifié et qu'une induction s'avère inutile. Je pense que nous n'avons pas

le même rapport signifiant à signifié, et par conséquent nous ne mettons pas le même contenu sous le même vocable.

Remarque : Elle parle d'état de conscience modifié dans un sens "qualitatif", lié à une notion d'éveil ou "d'innocence encore intacte", alors que je pense à un sens plus "quantitatif", de niveaux, représentant un état plus proche de l'inconscience.

19/05/91 SEANCE N°11

Ce dimanche, lorsque j'arrive je constate qu'il n'y a pas de mot sur la porte, mais T. qui regarde la télévision m'apprend que son père n'est pas venu le matin. Il me dit en être triste. Après ma préparation j'entre dans sa chambre et je lui demande s'il est d'accord de faire l'exercice que nous avons mis au point. Il me répond que oui, alors nous commençons. Je ne fais pas d'induction, je lui demande simplement de fermer les yeux et d'imaginer... Il "joue" le scénario que nous avons réalisé la séance précédente, mon rôle consiste à simplement lui faire respecter le contenu sous la forme d'une parole qui rappelle ce qu'il doit faire. De toute façon je n'ai pas à intervenir puisqu'il n'y a pas d'image spontanée, c'est une sorte de rêverie.

Remarque : J'ai voulu tenir compte de la remarque de S. Et comme je m'y attendais le scénario est joué par T. mais avec une grande liberté, et sans image spontanée... de plus je constate qu'il n'est pas dans un E.M.C. profond dans la mesure où il bouge (pas d'hypotonie musculaire), pas de R.E.M. (mouvements réflexes des yeux), et après l'exercice il ajoutera même : "Cette fois je ne me sens pas étourdi". Ceci implique pour moi qu'il y a eu "jeux imaginaires", mais pas symbolisation ou imagerie mentale thérapeutique.

Après cet exercice nous faisons des marionnettes que je tente d'animer... comme nous allons jouer une scène avec celles-ci, afin qu'il puisse s'exprimer sur ce qu'il vit. Une infirmière vient nous signaler que les parents attendent derrière la porte, je lui dis que nous avons terminé et qu'ils peuvent entrer dans l'antichambre; elle va les prévenir.

Lorsqu'ils entrent, T. s'agite, nous cessons nos jeux et je les salue... Je suis surpris par le papa qui me demande si j'ai fini car il va entrer (T. ne peut recevoir qu'une visite à la fois); comme T. était triste de ne pas les avoir vus le matin, je réponds que je m'en vais. Comme je dis au revoir à T., il me signale qu'il rentre chez lui lundi, que je ne dois pas venir mardi... je suis encore étonné car personne ne m'avait prévenu...

Remarque : C'est lundi après-midi que S. me téléphonera pour m'informer que T. sort ce lundi... c'est parfois ça l'hôpital.

Lorsque je quitte, comme d'habitude je vais saluer la maman, elle me répond par : "Voilà, au revoir". Je reste perplexe devant

l'attitude des parents, j'ai le sentiment qu'il se passe quelque chose mais j'ignore quoi ...

Conclusion :

Je suis désolé de n'avoir pas été prévenu de la sortie de T., je n'ai pas pu effectuer la rupture. De plus, et c'est bien plus important, je n'ai pas terminé mon intervention. Si j'avais été prévenu, j'aurais fait une induction, et orienté l'exercice autrement afin d'en accroître l'efficacité et la durabilité.

Nous reparlerons de ces différents points avec S. le vendredi suivant. Je souhaiterais aussi rencontrer le médecin de T. afin de lui expliquer le travail effectué.

31/05/91 DERNIER ENTRETIEN :

C'est à l'hôpital de jour qu'aura lieu cet entretien; arrivé au +1 je demande après la chambre de T., une infirmière m'indique la 60 et me dit que je peux m'y rendre.

Lorsque je rentre, S. est présente ainsi que le papa. S. fait lire à T. un livre sur la physiologie du corps humain. Je dis bonjour, mais T. ne répond pas, son accueil est plutôt froid ? Comme S. me propose de discuter avec T., je lui dis que je dois la voir auparavant, que je reviendrai plus tard (ceci devant permettre à T. de se préparer à notre entretien). Lorsque S. a terminé, je sors avec elle.

Je reviens une heure plus tard, assis sur une chaise située en face de T., je lui propose de discuter du travail que nous avons fait ensemble. Voici le contenu de cet entretien :

Je voudrais discuter de ce que nous avons fait ensemble dans l'unité stérile...

(T) - C'est difficile... Tu n'aimeras pas ce que je vais dire.

Je pense que ce que tu diras peut m'aider pour mon travail avec d'autres.

(T) - Je n'ai pas envie de continuer...

C'est ton droit, mais pourquoi ?

(T) - C'est pas très clair... difficile à dire...

Parce qu'il y a d'autres personnes (son père et une patiente couchée dans le lit à côté sont dans la chambre) peut être ?

(T) - Oui !

Et si ton papa sortait un moment ?

(T) - Oui !

Nous l'appellerons lorsque nous aurons terminé (le père sort).

(T) - Enfin tranquille... bien j'arrête... parfois je n'aime pas ce que nous faisons, mais je ne sais pas dire pourquoi.

Un jour tu as dit : "Tu m'as bien eu".

(T) - Oui, c'est parce que nous avons travaillé sur mes globules blancs.

Et tu n'en avais pas envie ?

(T) - C'est difficile à dire... j'essaye de voir les choses un peu clairement...

Peut-être as-tu le sentiment d'avoir été roulé ?

(T) - Oui, c'est ça...

Tu ne voulais pas travailler sur les globules blancs ?

(T) - Non ! On peut laisser entrer mon papa maintenant !

Bien je vais le chercher...

Lorsque son père est installé, je dis que je m'en vais, *que je reste à sa disposition s'il le désire* et lui souhaite bonne chance. Il s'avancera vers moi et me donnera la main cette fois, et avec un grand sourire.

J'ai reçu un véritable coup à l'estomac et j'éprouve le besoin d'en parler... Je remonte en pédiatrie et je raconte tout à S. afin de "me soulager", mais aussi en espérant qu'elle pourra faire quelque chose pour lui.

En effet, ce discours de l'enfant me pose un problème éthique : j'accepte son refus de continuer le projet avec moi, mais je dois prévenir l'équipe soignante.

Comme l'a dit M. Mormont, on intervient s'il existe une demande.

Mais si quelqu'un refuse de guérir, doit-on le laisser mourir ?

Je suis bouleversé, je dois réfléchir à toutes ces considérations.

2.6.3. Critique de mon approche :

- Il est évident que c'est une erreur de lui faire visualiser le conte métaphorique sans le prévenir de mon objectif, et surtout sans avoir son accord. Peut-être, est-ce une des raisons qui le conduisent à refuser de continuer le projet ?

- Pourquoi avoir fait confiance aux autres (les infirmières et surtout S.) pour faire circuler l'information ? De la sorte, je me retrouve devant le fait accompli lorsque j'apprends que T. sort de l'hôpital. Décidément, travailler dans un centre hospitalier universitaire m'a impressionné... C'est la même chose quand je ressens de la gêne si nous "jouons" trop ensemble - alors que comme je l'ai appris plus tard, S. m'avait présenté en disant : "Il jouera avec toi". Pourtant le jeu n'est souvent qu'un prétexte...

- Lorsque j'ai demandé à S. de rencontrer le médecin de l'enfant pour mieux connaître celui-ci, elle m'a répondu : "C'est impossible, tu ressembles trop à son mari et elle est en train de divorcer... sic."

- De même, j'ai passé beaucoup de temps pour expliquer à S. que mon travail était spécifique et différent du sien, contrairement à ce que je croyais au début de notre rencontre. J'étais obligé car elle posait des questions à l'enfant et s'étonnait devant lui que je n'agisse pas comme elle le croyait, cela pouvait déranger mon travail. Toutes les réactions et

questions à mon égard démontraient l'influence exercée sur elle par sa formation en cours chez Drouot⁵⁹.

2.6.4. Critique de l'outil :

- Dans ce projet, j'ai travaillé le réinvestissement corporel par le toucher, au travers des gants bien sûr, et le remplacement d'un corps bougé par un corps parlé, ou imaginé lorsque nous parlons de ses activités à l'île de la Réunion.

- A la séance n°5, lors de l'exercice il parle d'une sorcière qui mange les étoiles de couleurs, ensuite parle de ses organes; et lors de la visualisation du scénario symbolique pour "activer" la formation de globules blancs, à la séance n°7, la sorcière se transforme en lionne. C'est ici que se pose une importante question : "Faut-il porter un regard interprétatif, d'autant qu'il parle beaucoup de sa maman...". C'est pourquoi j'avais demandé à rencontrer la psychologue, mais jamais je ne la rencontrerai... Et c'est dommage, car cet enfant semble avoir des choses à dire et personne pour l'écouter.

- Une autre limite rencontrée lors de cette intervention, c'est le besoin d'intimité. J'ai dû interrompre très souvent nos échanges, voir même des exercices, à cause de l'intrusion de personnes extérieures à des moments où nous devions rester seuls. J'ai tenté de changer le cadre et l'horaire, mais c'est insuffisant.

Ce que j'ai vécu lors de cette intervention, me laisse un sentiment que peut exprimer une citation pertinente :

"L'enfant fait ses demandes émotionnelles et verbales en exploitant son impuissance et la pitié qu'il provoque. Les malades sont experts à susciter la sympathie et le dévouement extrême chez les autres. Tous les chercheurs ont trouvé des familles complètement bouleversées par la demande des malades. Les parents sont aussi impuissants à prendre position contre le malade que le malade à prendre position contre ses parents"⁶⁰

⁵⁹DROUOT P. : Nous sommes immortels (la réincarnation face à la nouvelle physique), (Paris, Ed. Garancière), 1987, 313 p.

⁶⁰SATIR V. : Thérapie du couple et de la famille, (Paris, Ed. Epi), 1971, p.61.

2.7. Cas de M.D.

"On ne peut donner aux problèmes que pose le corps une réponse même préliminaire sans devoir du même souffle, s'attaquer aux problèmes que posent la personnalité et le monde."⁶¹

Introduction

Ce patient m'est envoyé par le docteur G. de Bruxelles, celui-ci neuropsychiatre et expert en psychiatrie médico-légale, m'informe dans son courrier que son patient, M. D., porte en permanence une orthèse qui immobilise le poignet droit en extension et les quatre doigts longs en flexion. Il me communique également l'adresse du patient afin que je le convoque et les coordonnées de l'assurance à laquelle je dois envoyer ma note de frais. Je n'en sais pas plus. Cette lettre faisait suite à un bref contact téléphonique que j'avais reçu une quinzaine auparavant.

2.7.1. Compte-rendu des séances.

06/08/91 SEANCE N°1

Lorsque je rencontre ce patient pour la première fois à ma consultation au centre GRANEC, il me semble très raide et très droit. Il semble émaner de lui une impression de force fragile.

Dès que nous sommes installés, je lui explique que le docteur G. m'a demandé de le convoquer pour examiner, dans son cas, la possibilité d'une intervention en rééducation psychomotrice. Et je lui explique qui je suis et comment je travaille (voir à ce sujet au chapitre intitulé : Méthodologie, la partie consacrée à l'accueil), ensuite je commence l'anamnèse.

2.7.2. Anamnèse :

C'est le patient qui parle : "

- C'est un accident du travail, avec une machine à bois en 89. Je suis allé à l'hôpital et on m'a plâtré, après quelque temps j'ai ressenti une douleur dans le poignet.

- Je ne supporte pas que l'on touche à ma main... à cause du docteur P. qui a forcé pour l'ouvrir. C'est un fou, j'ai manqué de lui taper dessus, je n'ai plus confiance envers les médecins."

Remarque : Il insistera beaucoup sur cette mésaventure et avec beaucoup d'agressivité dans le ton et le geste.

Comme j'ai besoin de sa pleine collaboration, je lui rappelle que je travaille avec lui et pour lui, que ce qu'il me dit fait partie du secret professionnel. Et je lui dis : "Savez-vous que certains

⁶¹SCHILDER P. : L'image du corps, (Paris, Ed. Gallimard), 1968, p.316.

accidentés du travail préfèrent recevoir une pension plutôt que guérir ? Et qu'en pensez-vous ? "

Il me répond : "Je l'ignorais et ce n'est pas mon cas, je ne supporte pas d'être handicapé, j'ai été para-commando, je sais me battre."

- Avant je faisais du sport à haut niveau : full-contact, parachute, boxe, plongée et maintenant c'est bien fini.
- Je suis marié, mais nous n'avons pas d'enfant.

Je lui explique que je voudrais qu'il effectue un collage qui le représente lui dans le passé, le présent, et le futur et je développe les aspects contractuels : l'horaire, le contenu des séances et leur nombre. Nous ferons vingt séances et ensuite une évaluation pour revoir nos objectifs.

Actuellement l'objectif, à la demande du docteur G., c'est récupérer un maximum de mobilité au niveau des doigts de la main.

13/08/91 SEANCE N°2

Nous commençons par regarder le collage et sur celui-ci il dira : "D'abord le passé : Je me sens "**fit**", c'est à dire bien dans ma peau, opérationnel, c'est une époque de rêve et d'aventure. C'est tout-à-fait moi, je concrétise mes rêves d'enfant. Pour le présent : C'est le blocus... j'en ai marre, c'est trop long... je me sens en cage et j'ai l'impression de tomber en morceaux. C'est comme un tunnel, on attend de voir une lueur, on marche sans arrêt et puis rien... Pour le futur : le flou... du rêve et beaucoup d'angoisse. Pendant un an et demi j'ai été certain de guérir... et maintenant mon cas est classé et je ne sais rien, pas informé...

Remarque : Il insistera souvent sur ce manque d'information de la part de l'assurance, des différents médecins, de l'assistante sociale : tous se taisent.

c'est injuste... que va-t-il m'arriver ? Je rêve de refaire de l'élastique, de remonter sur un ring."

Je lui propose de faire un exercice.

PRATIQUE :

A - Induction : Très simple, couché sur le matelas je lui demande d'observer sa respiration et, s'il en a envie, il peut fermer les yeux.

B - Contenu : Il peut laisser courir ses idées...

C - Evaluation : Rien, pas d'idée seulement mal au dos.

19/08/91 SEANCE N°3

Nous discutons de la séance précédente et il éprouve des difficultés à s'exprimer... Comme je lui fais remarquer, il me

répondra : "Je crains de faire un exercice car j'ai mal au dos. J'étais bien détendu mais mon dos me faisait souffrir, c'est ainsi depuis des années."

Je lui exprime mon étonnement devant le fait de pouvoir se détendre tout en ayant mal au dos. Il ajoute que ce n'est pas agréable bien sûr, mais que la seule partie du corps qu'il ressent encore c'est le dos, alors il pense être détendu. Je lui propose de faire un exercice mais d'abord commencer à chercher une position plus confortable, de peut-être utiliser quelques-uns des nombreux coussins qui sont à sa disposition près du matelas de relaxation. Il va alors prendre un coussin plat et le placer sous ses épaules, mais il restera aussi raide, bien que couché sur le matelas.

Nous faisons le même exercice que la séance précédente et lors de l'évaluation il dit : "J'ai cherché ce que je pouvais ressentir... quelque chose de nouveau... j'essaye de voir ce que cela peut m'apporter... mais je ne vois rien, pourtant j'ai envie qu'il se passe quelque chose."

Comme je lui demande pourquoi : "Pour avancer bien sûr ! "

Il raconte ensuite qu'il a un ami, accidenté un peu avant lui, il est devenu paraplégique...

Remarque : Il me demandera souvent conseil concernant cet ami, à savoir que faire quand il boit, ou quand il parle de suicide, ou bien encore quand il refuse de voir qui que ce soit. Aussi j'exploiterai souvent ces discussions pour faire passer indirectement des consignes le concernant lui.

20/08/91 SEANCE N°4

Lors de l'évaluation de la séance précédente il exprime que bien qu'il ne vive rien, le problème ne vient pas de lui, il collabore tant qu'il peut et se sent bien avec lui-même. Je lui explique qu'il n'est pas certain qu'à ce stade, des images ou des idées surgissent, qu'il n'y a pas lieu de s'en faire mais qu'il me semble qu'il a des lentilles de contact et si c'est le cas qu'il serait plus confortable de les ôter. Il opine et les ôte.

Remarque : J'avais remarqué quelque chose à ses yeux, sans bien savoir quoi, aussi j'ai pensé à des lentilles.

Je propose une pratique et lui demande de s'installer et d'être attentif à ce que je fais, car cela l'aidera lorsqu'il travaillera seul chez lui.

Remarque : Lui demander d'être attentif est le plus sûr moyen de le distraire de ses résistances et de solliciter sa collaboration active. C'est la première fois que je vais induire chez ce patient le processus hypnotique que j'utilise habituellement dans ce genre d'intervention.

PRATIQUE :

A - Induction : Fermeture des yeux par fixation du pouce, ensuite lourdeur du bras, puis évocation d'un moyen de descente avec décompte, et pour terminer impression qu'il fait de plus en plus sombre...

B - Contenu : Je suggère ensuite que vont apparaître des images qui concernent sa blessure, son problème... que ces images peuvent s'accompagner de sensations corporelles.

C - Retour : Pour le retour à un état de conscience habituel et un tonus habituel j'utilise un comptage.

D - Evaluation : " Je vous parlerai d'abord de la descente, j'avais l'impression que l'on poussait sur mon bras pour le faire descendre, le plier. Ensuite j'ai descendu une échelle et puis en parachute.

- Quand vous parliez d'image ça m'a fait mal, comme si ma main était dans un four en terre cuite et ça me brûle.

- Je vois des tas de gens autour de moi et personne ne sait me retirer ce four... c'est assez désagréable... en cherchant bien on fini par en vouloir aux gens.

- Vous m'avez demandé de remonter... c'était assez difficile, alors j'ai pris l'avion et ça m'a paru beaucoup plus long et pour l'instant ma main me brûle encore.

- On n'a pas envie de se relever..."

Je lui propose d'enlever son attelle lors de la prochaine séance, ce serait peut-être plus confortable pour travailler. Il me répond : "Oui on peut le faire... je n'ai pas peur, mais c'est plus confortable avec... je n'ai pas peur si vous ne m'approchez pas. Pour la brûlure c'est normal, je prends souvent du Fortal.

Remarque : Sa main est toujours protégée, cachée, j'ai voulu qu'elle puisse respirer.

Il n'avait jamais dit qu'il éprouvait des sensations de brûlure.

26/08/91 SEANCE N°5

Il explique que la semaine passée, après l'exercice il était fatigué. Je lui réponds que c'est souvent le cas les premières fois, que cela démontre l'efficacité de l'exercice.

Remarque : Ce qui est vrai, je le sais d'expérience.

Je lui propose, pour faire l'exercice, d'au paravant ôter ses lentilles et le bandage de son attelle. Il me regarde et ensuite accepte... et s'installe sur le matelas.

PRATIQUE :

A - Induction : classique, identique à la première puisque celle-ci a donné les résultats attendus.

B - Contenu : "laissez venir des images concernant votre main et aussi des sensations corporelles. Comment sont les images ? Agréables...? Vous pouvez trouver des alternatives ? Laissez s'établir un véritable dialogue corporel... Ecoutez votre corps... Laissez-lui la parole

Remarque : Il est certain que le discours que je tiens à ce moment est plus complet, plus suggestif et il est impossible d'en rendre toute l'ambiance par l'écrit . Ce discours résulte d'une observation minutieuse du patient et nécessite une formation sérieuse, celle-ci est bien sûr accessible à tous.

C - Retour : comme d'habitude un comptage.

D - Evaluation : "J'ai toujours une mauvaise sensation, quand vous avez parlé de sortir, j'ai réussi à dissocier le four et ma main, aujourd'hui il n'y avait personne, je me sentais mieux. Hier au soir j'ai pensé que si je voyais des gens je pouvais les chasser ou leur demander de l'aide.

- Directement et uniquement l'image du four, et en plus de la brûlure une sensation d'écrasement.

- Quand j'ai voulu retirer ma main du four, cela m'a semblé brûler encore plus fort.

- Ce four est comme un micro-onde, pas très gros, mon bras ne savait pas y entrer, c'est comme s'il était fait à la taille de ma main."

Comme je lui demande ce qu'il pourrait faire pour réagir pour changer cela, il répond : "Peut-être trouver un extincteur, ou souffler, c'est comme une bougie magique, ça se consume toujours..."

Je termine en disant : "Très bien, nous en restons là pour cette séance, d'ici la prochaine vous avez le temps de trouver encore d'autres solutions."

27/08/91 SEANCE N°6

Il semble de bonne humeur en arrivant; comme je le lui fais remarquer, il me dit : "Vous savez pour la première fois j'ai confiance en quelqu'un... parce que je comprends ce que je fais, ce qui m'arrive, et c'est la première fois."

Remarque : J'essaye d'informer au maximum le patient de son état, tout en lui présentant les alternatives et les solutions possibles, souvent en proposant des lectures. Encore une fois cela s'avère payant.

Nous discutons de la séance précédente, reprenant là où nous en étions restés, c'est-à-dire sur les alternatives au four... il me dit avoir trouvé quelque chose. Je propose d'effectuer un exercice pour voir le résultat.

PRATIQUE :

A - Induction : idem que la précédente.

B - Contenu : proposer et tester les solutions envisagées.

C - Evaluation : "J'ai essayé de mettre un bloc de glace, mais il fond et se transforme en eau, moi je ressens toujours la chaleur, mais moins fortement je crois. Mais cela reste comme une fournaise qui n'est pas apparente."

Je lui propose de faire une expérience; comme les exercices se déroulent bien, il pourrait commencer à en faire seul chez lui. Aussi, pour vérifier s'il a bien compris le processus, il devrait essayer maintenant. Il accepte.

Remarque : Il est important comme je l'ai expliqué dans la partie consacrée à la méthodologie, que le patient apprenne le plus tôt possible à effectuer les exercices chez lui. Il prend ainsi de l'autonomie et augmente sensiblement le temps de travail sur son corps.

Il est "apprêté" parce-que il lui est demandé de répéter tout ce qui a été fait auparavant, ensuite dès qu'il se sent prêt il peut effectuer une PRATIQUE EN SOLO comme je l'intitule :

a) Auto-Induction : il effectue de lui-même ce que je lui suggérais, se répétant mentalement les consignes connues destinées à installer l'état de conscience modifié. On peut comparer avec la transe auto hypnotique.

b) Evaluation : il raconte : "ça fait très mal... comme un feu qui crépite... comme une brûlure... comme si à chaque fois que je touchais cela faisait plus mal. J'ai essayé de me placer totalement dans le froid, mais moi j'ai froid et là c'est douloureux. Le plus dur c'est de remonter, difficile aussi de rester tout seul, c'est une sensation désagréable.

Comme je lui demande quelles seraient les solutions envisageables si tout était possible, il répond : "Retourner en arrière, et ne pas aller travailler ce jour-là". Et après un temps de réflexion, il a ajouté : "Je voudrais parler à quelqu'un de ce qui s'est passé... je peux ? "
J'ai alors répondu : "Ca m'intéresse."

Et il a alors enfin pu parler : de la machine qui a démarré toute seule..., de ses doigts retournés et tout bleus..., du transport à l'hôpital..., de ce docteur qui lui déplie le majeur..., du plâtre autour de la main et du poignet..., de son impossible nuit à cause de la douleur..., de la sensation de chaleur qu'il a ressentie sept ou huit jours plus tard, et lorsqu'il en a parlé on ne l'a pas cru..., il a entendu parler d'algodystrophie... c'est quoi ? Et ce docteur qui a forcé sur sa main pour l'ouvrir, depuis il ne veut plus que personne ne touche sa main, même pas sa femme. Il n'enlève l'attelle que s'il se trouve seul...

Enfin il se tait, je suis abasourdi par sa logorrhée. C'est comme un vomissement impressionnant. Je suis impressionné par sa détresse et je profite du silence qui suit sa question pour dire

que je lui expliquerai à la prochaine séance car nous avons dépassé l'heure et la personne suivante va arriver.

Remarque : Je suis étonné qu'il ne sache pas ce que veut dire ce mot alors que son beau-frère est médecin.

02/09/91 SEANCE N°7

Il semble de nouveau raide lorsqu'il rentre, comme au premier jour, sa démarche est saccadée et dure. Il s'assied sur le bord du fauteuil et ne dit mot. Comme je lui demande s'il a effectué des exercices à domicile, il me répond que non et ensuite de nouveau le silence. Après quelques secondes, des larmes commencent à couler et il pleure ainsi en silence...

J'attends et lorsqu'il se calme un peu, je lui dis : "Si vous le souhaitez vous pouvez parler de votre souffrance, nous travaillerons plus tard."

Il me regarde et jette : "Ma femme m'a quitté. C'est mon changement qui est responsable de son départ, je n'étais plus gai car mal dans ma peau. Je ne gagnais plus assez d'argent..." Et durant toute la séance je l'ai écouté parler du départ de sa femme, de la douleur ressentie, des questions qu'il se posait.

Remarque : J'estime, mais peut être à tort, que je devais mettre de côté la rééducation un moment pour écouter l'homme plus que le patient. Je me suis posé la question du bien fondé de mon choix car l'assurance me paie pour une rééducation psychomotrice et non pour une psychothérapie. Mais le deuil ne s'inscrit-il pas dans le corps ? Et si on travaille sur et avec le corps, on doit le respecter dans ces moments difficiles, l'aider à récupérer.

27/09/91 SEANCE N°8

Il n'est pas venu durant tout le mois et il n'a effectué aucun exercice. Chaque fois il décommande au dernier moment, je ne suis pas optimiste quant à la suite que nous allons pouvoir donner à la rééducation. Comme je lui communique mes réflexions sur ce sujet, il exprime sa souffrance, sa femme ne reviendra pas car elle le lui a dit, il a l'impression de devenir fou.

Quoi que je dise, il revient sur sa détresse. Je lui conseille de consulter un médecin et de demander une prescription pour un anxiolytique, cela lui permettra de dormir et de passer ce moment très difficile pour lui actuellement.

Il exprime son accord sur cette proposition et dit que pour aujourd'hui, maintenant il préfère partir.

04/10/91 SEANCE N°9

Evaluation du travail à domicile :

- je n'arrive plus à cerner le problème de ma main, quand je rentre en état de conscience modifié des tas de choses

s'embrouillent... je revois ma femme et nos projets. C'est constamment une alternance entre mon épouse et ma main.

PRATIQUE :

A - Induction : idem que précédente.

B - Contenu : recherche d'un endroit intérieur calme, tranquille, une ressource accessible. Un endroit agréable, sorte de forteresse intérieure.

C - Evaluation : "J'essaye de trouver quelque chose d'apaisant et lorsque j'ai trouvé, j'éprouve en même temps un sentiment de solitude. L'endroit, c'est une cheminée avec un feu de bois. J'ai difficile d'accéder à ce stade et d'y rester." Un moment il me dira : "Vous savez, plein de choses s'embrouillent dans ma tête, je voudrais ne plus penser..." Comme je lui demande pourquoi. Il répond : "C'est le départ de ma femme, je me demande ce que j'ai fait pour qu'elle soit partie..."
Et alors, nous parlerons de ce départ.

Remarque : J'ai choisi encore d'écouter la parole qui exprime un sentiment de solitude et j'irai même jusqu'à apporter témoignage d'autres divorces que je connais, comment cela se passe et les alternatives. Je choisis de l'informer et de donner un maximum de réponses possibles pour qu'il puisse en trouver une qui lui convienne et lui permettre de retrouver une piste et ainsi un sens...

11/10/91 SEANCE N°10

Evaluation du travail à domicile :

- "J'ai essayé chez moi de refaire l'exercice, ce fut difficile de retrouver ce calme, de plus je dors excessivement mal."

Travail du mouvement et du geste :

Je lui propose de bouger l'attelle et d'essayer de faire bouger lentement et doucement les doigts nous verrons ainsi ses possibilités motrices.

Remarque : Je constate que maintenant lorsqu'il bouge son attelle, ses gestes sont moins empreints d'appréhension. J'envisage de lui demander de l'ôter dès son arrivée et de rester ainsi durant toute la séance pour que sa main respire, je crois qu'il est prêt maintenant.

a) Rotation interne et externe du pouce :

- la rotation interne est nettement moins ample et plus difficile.

b) Pince sagittale :

- le pouce ne peut toucher aucun doigt sauf peut-être un peu sur le premier doigt, mais c'est difficile à vérifier car il n'accepte pas que je le touche. Il utilise beaucoup les termes : peur, douleur, m'inquiète, brûlure.

c) Rotation ext. et int. des deux pouces en même temps :
- le pouce droit tourne beaucoup plus lentement.

d) Rotation interne et externe des poignets en même temps :
- le poignet droit est beaucoup plus lent, et il ressent des élancements dans l'épaule.

Il explique qu'il a le sentiment que la commande motrice s'arrête au niveau de son coude. D'ailleurs, quand cela irradie, c'est aussi jusqu'au coude.

Remarque : Quand je commence les mouvements et le travail sur le geste, mon projet n'est pas de remplacer une rééducation ou une approche en kinésithérapie pour laquelle je n'ai aucune formation. Ce que je souhaite, c'est que le patient réinvestisse son corps en mouvement, retrouve le plaisir par et avec le corps, et plus particulièrement avec cette partie du corps de laquelle il s'est coupé !

e) Se toucher chaque doigt avec la pointe d'un bic pour découvrir et reconnaître les différentes intensités et zones de sensibilité.

Remarque : Ce travail de discrimination sur les zones de sensibilité différentes est destiné à interpeller le patient, l'amener à se poser des questions sur son corps et son fonctionnement.

19/10/91 SEANCE N°11

Il est à noter qu'il ôte de lui-même son attelle après avoir dit bonjour et être entré dans le bureau.

Evaluation du travail à domicile :

- J'ai fait tous les exercices de la séance précédente, mais ce matin j'ai ressenti une douleur.
- J'ai encore essayé de faire les exercices de relaxation, c'est difficile.

PRATIQUE :

A - Induction : Les mains posées sur les genoux, une se lève et vient toucher le visage, alors les yeux se ferment et le corps s'engourdit...

B - Contenu : il se pourrait qu'à chaque séance il soit de plus en plus facile de faire les exercices.

C - Evaluation : "Je me suis concentré sur ma main et j'ai l'impression qu'elle est devenue hyper-lourde, comme une charge, vraiment une sensation de lourdeur... j'ai eu l'impression que c'est ma tête qui tombait plus vite.

- Quand ma tête tombe, plonge, les paupières se ferment de plus en plus. C'est comme si tout le poids de mon corps était là, je ne sens plus mon corps, sauf cette partie là...

- Encore maintenant j'ai la tête qui tourne... comme un vertige.

Je lui explique que d'ici quelques minutes cela va disparaître, on peut voir dans ce vertige que la séance a été intense pour lui.

25/10/91 SEANCE N°12

Aujourd'hui, comme à la séance précédente, il ôte l'attelle.

Evaluation du travail à domicile :

a) Mouvement :

- j'ai fait les exercices que nous avons vus ensemble, j'ai souvent mal au bras après.
- je travaille dans l'eau aussi...

Remarque : Encore une fois ce n'est pas de la kinésithérapie, d'ailleurs lorsque je constate les troubles trophiques et l'atrophie musculaire, j'ai des doutes sur la récupération possible. Non, il s'agit qu'il se réconcilie avec sa main.

b) Visualisation :

- j'arrive jamais à aller aussi loin qu'ici... ici il faut que je récupère alors que chez moi j'en sors plus rapidement.

Je réponds : "C'est normal, il faut un certain temps pour ressentir la même intensité, le même sentiment de profondeur, qu'avec un opérateur extérieur qui induit l'E.M.C."

- les images concernent surtout mes problèmes de couple... je revois ma femme qui se moque de moi quand je travaille ou alors les discussions que nous avons.
- mardi je ne voulais plus voir les images, alors j'ai voulu remonter... ça m'a pris un temps fou.

Travail du mouvement et du geste :

a) Echauffement des poignets : il les travaille en extension, flexion, élévation et abaissement.

b) Rotation interne et externe des pouces :

Remarque : Il semble que ces exercices améliorent sa mobilité et suscitent son intérêt.

c) Idem que les points 1 et 2 mais bras tendu :

d) Toucher chaque doigt avec les pouces : maintenant il touche facilement le premier doigt.

e) La sensibilité : comme je lui propose de passer le bic moi-même, en faisant très attention bien sûr, il accepte et ferme les yeux pour essayer de situer l'endroit que je touche...

Remarque : Je suis étonné qu'il ait pensé à fermer les yeux pour deviner où je posais le bic. Il semble qu'il se pique au jeu. Il réinvestit progressivement sa main.

02/11/91 SEANCE N°13

Evaluation du travail à domicile :

- j'ai pas fait de séance car j'étais enrhumé.
- avec les exercices physiques, je ressens de la douleur dans le bras et le début de l'épaule.

A la visite chirurgicale j'ai expliqué mes douleurs au bras, il me dit que c'est normal, que mon bras avait déjà commencé à s'engourdir, c'est bien alors que je fasse ces mouvements que nous avons mis au point ensemble.

Remarque : Je suis vraiment content que le chirurgien abonde dans mon sens et très surpris que le patient dise : "... ces mouvements que nous avons..." En fait il fait sien ou nôtre un travail que j'avais fait seul, c'est la preuve qu'il coopère pleinement et s'investit.

Alors je lui demande : "Et vous que pensez-vous de votre main ?"

Il répond : "J'essaye maintenant de me mettre en accord avec elle, d'aller dans son sens plutôt que de forcer, de l'accompagner comme vous dites. Je me suis un peu forcé à revoir d'anciens amis et retrouvé une vie que j'avais avant. C'est difficile : j'ai changé.

Je lui réponds qu'il a changé et qu'avec sa main il ne fera plus les mêmes choses, mais fera sans doute d'autres choses.

A propos, ma main est devenue un baromètre, me dit-il, elle m'indique les changements de temps par de petites douleurs.

08/11/91 SEANCE N°14

Evaluation du travail à domicile :

a) Visualisation : ma main brûle moins me semble-t-il.

b) Physique : je continue les mêmes exercices... ça va bien.

La séance est consacrée aux mouvements et aussi à son intérêt pour les problèmes d'un copain paraplégique.

15/11/91 SEANCE N°15

Evaluation du travail à domicile :

a) Visualisation : je visualise le mouvement, parfois je ressens vraiment le blocage de ma main, oui... un ressenti physique.

b) Physique : je continue, j'ai l'impression que cela va mieux.

c) Divers : je ressens parfois une brûlure lorsque ma main touche mon corps au moment de m'endormir.

Remarque : Oui, cette histoire de brûlure est très particulière et impossible d'en comprendre le sens et surtout la place qu'elle tient dans la vie du patient. Certainement un trouble circulatoire, mais pourquoi la ressentir quand il touche sa main au moment de s'endormir ?

On discute ensuite de cette sensation de brûlure :

Quand intervient-elle ?

- Au moment de m'endormir.

Où est-elle le plus ressentie ?

- Dans la main, ou alors la partie du corps que touche la main.

A n'importe quel moment de la journée ?

- Pour la main oui, pour le corps touché uniquement à l'endormissement.

Avez-vous essayé de mettre un gant pour vous endormir ?

Remarque : Cette question m'est venue spontanément et au moment où je terminais ma phrase je me suis demandé ce qui m'avait pris de dire une telle idiotie. Et pourtant...

- Oui, le gant de laine donne la même sensation de brûlure et le gant de peau la supprime.

Avez-vous fait d'autres expériences avec votre main ?

- Non, j'attends que cette brûlure disparaisse.

22/11/91 SEANCE N°16

Evaluation du travail à domicile :

a) Visualisation :

- avant je revoyais les problèmes de couple, maintenant je reviens au four, et je me sentais tellement mal que le four collait.

b) Physique :

- j'ai essayé une raquette dans la main, mais elle ne tient pas.

- une balle dans la main, c'est O.K., je continue les mêmes exercices car j'ai le sentiment que ça me fait du bien.

Il parle de sa femme : "Vous savez ma femme c'est peut-être à cause de moi que ça n'allait pas, nous avons des problèmes sexuels... mais changer de main pose un problème pour caresser une femme..., maintenant mon épouse demande le divorce"

Je lui demande si c'est possible de parler de ses difficultés sexuelles avec son épouse, et nous discuterons de ce problème pour terminer la séance.

29/11/91 SEANCE N°17

En arrivant deux choses le préoccupent, dit-il. D'une part il songe à créer un commerce, mais il doit réfléchir à quelque chose qui soit à la fois dans ses compétences, dans ses goûts, et

qui tienne compte de son handicap. Il pense notamment à un magasin de sport ou alors un magasin de fourniture d'accessoires pour monteur en cuisine équipée.

La seconde chose qui le préoccupe c'est le passage chez le notaire pour le divorce. Ce n'est pas facile de revoir sa femme.

Evaluation du travail à domicile :

a) physique :

- maintenant il touche bien le premier doigt et presque le deuxième doigt.
- il continue les exercices les bras tendus et dans l'eau.

b) visualisation :

- visualisation du mouvement.

PRATIQUE :

Je lui propose de faire un exercice; je m'assieds tout en face de lui, il s'agit pour lui de suivre et d'imiter le mouvement de ma main gauche avec sa main droite, et le mouvement de ma droite avec sa main gauche, un peu comme s'il se trouvait devant un miroir ! Encore une fois l'important ici, c'est de faire bouger l'épaule, le bras, le coude, l'avant-bras, le poignet et la main..., c'est de l'amener à ce que se soit tout le membre en entier qui bouge par l'intermédiaire d'une situation suffisamment inhabituelle pour l'empêcher de réfléchir sur : "Attention à ma main !".

06/12/91 SEANCE N°18

Evaluation du travail à domicile :

Idem séance précédente, il n'y a rien à signaler.

Nous refaisons un exercice mais cette fois il lui est demandé de proposer les mouvements à réaliser.

Remarque : C'est juste pour qu'il prenne conscience de tout ce qu'il peut faire avec son bras et sa main.

Tout en effectuant les mouvements, il parle de ses idées d'ouvrir un commerce, de ne pas rester à ne rien faire.

13/12/91 SEANCE N°19

Evaluation du travail à domicile :

a) Visualisation : encore ce four, impossible de l'éteindre, quelque chose le protège et impossible de savoir quoi.

b) Physique : idem que les séances précédentes.

Il souhaite parler des manques qui résultent de son handicap, notamment l'écriture. Il essaye de la main gauche, mais ce

n'est pas facile. Il pense pourtant que c'est important d'apprendre avec la gauche, surtout que la récupération est fort improbable selon lui. Mais il me demande ce que j'en pense :

"C'est difficile à dire, je constate comme vous une atrophie de certains muscles, mais le plus sûr serait de demander à votre chirurgien pour passer un électromyogramme. Avec ce genre d'examen on peut se faire une idée correcte de l'évolution possible."

Remarque : J'ai le sentiment (je ne suis pas habilité à effectuer un diagnostic) que l'atrophie est irrécupérable mais je n'ai pas le droit de le lui dire sans l'autorisation de son médecin.

20/12/91 SEANCE N°20

Evaluation du travail à domicile :

a) Physique : même chose.

b) Visualisation : maintenant un four ou un foyer à charbon, quelque chose de très ancien, très massif.

Il demande pour faire un exercice sur la main, afin de comprendre pourquoi elle est ainsi.

PRATIQUE :

1 - Induction : Comme les précédentes.

2 - Contenu : Pourquoi ma main est bloquée.

3 - Evaluation : "J'ai vu d'abord comme une tige de fer qu'on pliait, puis j'ai vu souder... avec de grosses étincelles... c'est vraiment ça, une barre cassée qu'on soude."

Comme je lui demande si ces images évoquent quelque chose..., si dans ce qu'il a vécu quelque chose peut se retrouver dans ces images, il me répond : "L'accident c'est deux doigts torchés, pas de sectionnement, puis on a tiré pour les remettre en place, puis on met une attelle métallique et un bandage. Oui les barres métalliques pourraient être les doigts ou alors, la barre cassée que l'on soude serait l'attelle... Ensuite le chirurgien a fait placer un plâtre pendant un an... puis après orthèse aussi pendant un an... jusqu'à aujourd'hui. Personne ne m'a jamais rien dit concernant ma main, c'est vraiment honteux."

Remarque : J'ai le sentiment que tout, comme les images de four massif, lourd, etc.. vis-à-vis de sa perception de brûlure montre l'intensité et la difficulté à changer la perception. Les barres soudées n'augurent rien de positif quant à la croyance en une récupération de la main, qui d'ailleurs je le répète, a certains muscles fortement atrophiés.

27/12/91 SEANCE N°21

J'avais prévu dans le contrat avec le patient d'effectuer une évaluation à l'issue de vingt séances et ensuite d'envoyer mon rapport au docteur qui m'a demandé de le prendre en charge, afin qu'il décide de la suite à donner ou non à mon intervention.

Remarque : Malheureusement, bien qu'ayant envoyé mon rapport vers le 15 janvier 92, pour une raison que j'ignore je n'ai reçu aucune réponse, à ce jour, de la part de ce médecin.

2.7.3. Evaluation par le patient :

"Ce que cela m'a apporté ? ...

- Beaucoup, d'ouvrir mes yeux et découvrir ce que je suis, me mettre en accord avec ma main, je ne me sens plus un handicapé.

Remarque : Je souligne car c'est important. Au début quand j'ai conçu cette approche de la rééducation je n'avais pas découvert l'importance pour certains patients de se réconcilier avec cette partie de leur corps qui avait subi le traumatisme. Maintenant je sais que c'est indispensable !

- De pouvoir revoir maintenant, sans me sentir diminué, des gens que j'avais quittés suite à la gêne vis-à-vis de ma main.

- L'accompagnement dans la rupture, j'aurais pu tourner très mal car je ne l'acceptais pas, là aussi j'ai découvert une partie de moi.

- Avant je croyais qu'on pouvait tout résoudre, arranger avec la force de caractère, maintenant j'ai découvert *qu'il vaut mieux descendre avec le courant plutôt que d'essayer de le remonter en nageant sur le dos*.

Remarque : Je la place en italique parce que je lui avais dit cette phrase un jour où il me disait : "Pourtant je force comme je peux... ". D'ailleurs il sourit en la prononçant.

- Avant j'avais besoin de "m'as-tu-vu" : belle voiture, belle moto, etc... quitte à me créer des problèmes. Vous m'avez appris sans employer les mots, vous m'avez emmené très, très loin. Et c'était parfois très dur. J'ai eu envie de claquer la porte. Vous m'avez beaucoup apporté, c'est vraiment bénéfique pour ma vie, ma main, mon avenir. Je saurai beaucoup mieux me débrouiller maintenant face à un problème.

Remarque : Je dois reconnaître, et encore maintenant lorsque je l'écris, j'étais assez mal à l'aise devant tant d'éloges. Je crois que c'est parce que je n'avais pas tous ces objectifs en tête, et aussi ma difficulté à recevoir un compliment.

- Vous m'avez appris une chose fort importante aussi, c'est écouter les gens plutôt que de les juger, avant il fallait qu'ils

aient l'air sportif, cheveux coupés court, habillés sports... sinon je les jugeais négativement alors que maintenant j'aborde les gens et puis je les découvre.

- J'ai appris à me détendre, à trouver des ressources en moi, à faire les exercices pour moi et non parce que vous le demandiez.

- Ca m'a remis en accord avec ma main, avant je ne l'acceptais plus, c'est comme si elle n'était plus là, maintenant elle refait partie de moi-même, même si je sais que je suis un peu diminué pour certaines choses, je me sens mieux dans ma peau.

Remarque : Cette parole justifie, à elle seule, toute l'intervention et surtout démontre qu'il s'agit bien d'une intervention qui appartient au domaine de la rééducation psychomotrice.

- A cause de cette main je ne faisais plus l'amour avec ma femme, elle est partie parce qu'elle a pensé que je ne la désirais plus. C'est vrai, on n'est pas préparé à résoudre ces problèmes de couple qui résultent d'un accident. Nous n'avons rien compris et nous nous sommes déchirés, puis séparés. Avant de faire ce travail avec vous, je devenais neurasthénique.

- Le pouce touche le premier et deuxième doigts maintenant, et avec le bic je découvre un peu plus de sensibilité dans la main.

Remarque : C'est dommage qu'il soit venu aussi tard, sinon il y avait vraiment des possibilités même pour récupérer la mobilité des doigts et la sensibilité, mais après deux ans les tissus sont trop fortement abîmés.

- Je continue les exercices car cela me fait du bien, je crois que progressivement j'augmente la mobilité du poignet et je ressens beaucoup moins de douleur, il en est de même avec l'épaule.

Remarque : Je lui avais expliqué l'intérêt de bouger le bras pour éviter les problèmes circulatoires et douloureux.

- La sensation de brûlure, maintenant j'arrive à la localiser, c'est surtout dans la main, avant c'était beaucoup plus diffus.

- Je crois qu'en général j'utilise beaucoup plus le bras et que j'ai moins peur d'être touché..."

Comme je lui demande s'il souhaite ajouter autre chose, il me répond : "Non, en un mot je me sens bien maintenant, je crois que ça résume bien."

Je lui dit que j'ai pris beaucoup de plaisir à travailler avec lui, qu'il m'a permis à moi aussi d'apprendre beaucoup de choses... il me demande quoi, et je lui dis sur la manière de travailler et le contenu de cette approche en psychomotricité.

Je lui rappelle que je vais envoyer mon rapport au docteur G. et que nous verrons la suite qu'il lui donnera.

2.7.4. Critiques :

Remarque : Je rédige cette critique en rédigeant le mémoire, c'est-à-dire quatre mois après l'intervention.

Il est certain que le patient m'a été envoyé beaucoup trop tard, ce n'est pas en intervenant deux ans après l'accident que l'approche préconisée et explicitée dans ce travail pouvait permettre la récupération de troubles algodystrophiques.

Remarque : Et j'en suis bien conscient, mon approche est conçue pour intervenir dans un espace temporel situé directement après l'intervention chirurgicale et avant la kinésithérapie, justement pour éviter ce genre d'incident. Elle ne veut en rien modifier les traitements existants, elle les facilite seulement.

Mais je crois pouvoir dire que le projet mis en place et la méthodologie utilisée ont tout de même permis au patient d'effectuer un certain nombre de changements qui le conduisent vers une plus grande autonomie tant au niveau physique que psychologique.

Remarque : Ce qu'il en fera lui appartient.

Je pense notamment au soutien psychologique dont il a bénéficié pour l'aider à accepter et à vivre le départ de son épouse, qui le quittait pour un autre. Je viens d'ailleurs d'apprendre qu'une réconciliation était en cours.

Remarque : L'ayant rencontré au mois d'avril, comme je prenais de ses nouvelles il me dit que son épouse voulait revenir mais qu'il lui a proposé de réfléchir et qu'en attendant elle vit chez son frère. Si ça marche ils se remettront ensemble. Il dit que : "c'est grâce à ce que j'ai appris avec vous que cela est possible et surtout se fait dans d'aussi bonnes conditions."

Je pense également à son désir de s'installer comme indépendant et la reprise de contact avec les anciens amis, ceux d'avant l'accident.

On retrouve ainsi dans ce cas également, les étapes nécessaires à la résolution de toute crise, définies par Simon (1989).

1 - la séparation :

Il ne voit plus les amis d'avant, cela lui est même insupportable, il "s'arrange" (?) pour que l'épouse le quitte.

2 - la réclusion :

C'est le temps de la rééducation, des questions qu'il me posait pour se les poser à lui, c'est l'élaboration psychique.

3 - la réintégration :

Il veut maintenant travailler, reconnaître son invalidité objectivement, reformer un couple en discutant des problèmes posés par les différences.

Après ces vingt séances, j'avais estimé inutile de continuer à voir ce patient dans le cadre du contrat initial. Je ne puis plus rien faire pour lui en tant que psychomotricien, sauf peut-être l'aider à mieux utiliser la main gauche en remplacement de la droite, mais cela dépend de l'avis du docteur G.

PERSPECTIVES ET CONCLUSIONS

Il est difficile d'écrire une conclusion; comme je l'exprime dans l'avant-propos de ce travail, la recherche continue encore. Actuellement, je discute des modalités d'un stage au sein d'un service de traumatologie. Ceci peut être une conclusion provisoire alors, s'arrêter pour faire le point sur ce projet.

Si rien ne prouve scientifiquement, dans ce travail, la validité de l'outil qui s'y trouve décrit et proposé à la critique, au vu des résultats obtenus, ou même s'il ne s'agit pas toujours des résultats attendus comme dans le cas de MD qui retrouve "l'usage" de sa main au détour d'une visite de lui-même, rien, je crois, ne vient démontrer son inutilité ou son inefficacité.

J'estime que cette approche alternative peut apporter quelque chose à la rééducation psychomotrice, voyons quoi et comment.

a) Dans un cadre "prophylactique" :

Notamment en comblant un espace actuellement vide, celui situé entre l'acte chirurgical et la kinésithérapie. En effet, cette approche semble être une alternative intéressante vis-à-vis des risques pathologiques encourus lors de l'immobilisation d'un segment corporel, notamment, en ce qu'elle semble maintenir le schéma corporel intact, voir même le développer, comme nous l'avons vu avec TF, mais en plus elle semble limiter les troubles trophiques et conséquemment diminue les risques d'une algodystrophie.

b) Dans le cadre de la réadaptation :

1) Au niveau de l'image du corps :

Avec certains patients comme MD, où le trouble résulte, je crois d'un "manque au corps", d'une sorte de désinvestissement d'une partie de celui-ci ?

2) Au niveau du schéma corporel :

Chez certains patients la visualisation du mouvement "oublié", comme c'est déjà proposé aux sportifs, et la créativité dans le mouvement semblent des réponses pertinentes, comme AF qui fait bouger ses membres inférieurs lorsqu'il "pilote" la grue.

3) Au niveau moteur :

Comme le chirurgien et le kiné de TF l'avaient remarqué également, cette approche semble accélérer la récupération de la sensibilité nerveuse et de la conductibilité motrice, cet élément s'avère primordial chez le sportif qui doit "récupérer rapidement".

4) Au niveau d'une attitude "psychomotrice" :

Les patients, comme TF, expriment souvent le désappointement éprouvé vis-à-vis du manque d'information concernant le parcours du chemin rééducationnel, souvent semé de beaucoup d'embûches pour certains.

Le psychomotricien, avec les outils proposés ici, et sa formation, qui comporte pour une part de la psychologie, mais aussi une grande part de corporel, et du "corporel en mouvement", peut constituer un interlocuteur valable, un accompagnant pour aider à parcourir les trois étapes, par lesquelles passe le traumatisé, et définies par Simon (1989), à savoir : la séparation, la réclusion, la réintégration.

De plus, le psychomotricien connaît les phases d'apprentissages du contrôle des fonctions et les modalités de l'acquisition des différentes praxies, et ces phases, plusieurs traumatisés vont les "retraverser".

c) Dans le cursus d'une certaine orientation de la formation :

La formation nous parle du schéma corporel et de l'image du corps, elle nous explique l'importance et l'intérêt de ceux-ci. Mais que fait-elle pour nous les faire sentir, percevoir, vivre dans leurs diversités perceptives ? De plus c'est vrai que nous, psychomotriciens, nous pouvons prendre place aux côtés des chirurgiens et des kinésithérapeutes, mais cela exige des apports spécifiques, comme des cours de traumatologie nerveuse, de vocabulaire professionnel, de psychologie de l'handicap, pour n'en citer que quelques uns. Ces apports devraient développer la formation en thérapie psychomotrice actuelle.

Et j'en terminerai en proposant une drôle de perspective...

Comme je l'ai déjà exposé, trop souvent la psychomotricité est associée au développement de l'enfant, à la crèche : parfois à l'école maternelle, ensuite terminé. C'est bien dommage, car son regard complet sur l'enfant d'abord et ensuite sur l'homme :

- corps-psyché agissant et agi au sein d'une dynamique interactive et évolutive -,

et la fraîcheur de sa jeunesse, comme science sinon comme champ de connaissance, lui permettent encore certaines audaces, un peu à la manière de ce travail. Et comme je l'ai proposé dans le domaine de la traumatologie, d'autres pourraient se demander ce qu'elle pourrait apporter en gériatrie. Je crois notamment, que l'on pourrait déplacer autrement des personnes alitées en tirant profit de la lecture du regard du psychomotricien sur le geste et le mouvement.

Bibliographie

BOUCAUD Michel et DARQUEY Jacques : Le projet en psychothérapie par le corps et par l'image, (Paris, Ed. ESF), 1983, 119 p.

BRIEGHEL-MULLER G. : Eutonie et relaxation (détente corporelle et mentale), (Lausanne-Paris, Ed. Delachaux & Niestlé), 1986, 136 p.

CAVALLIER François Jean Paul : Visualisation (Des images pour des actes), (Paris, Ed. InterEditions), 1989, 239 p.

CHERTOK Léon : Le non-savoir des psy (L'hypnose entre la psychanalyse et la biologie), (Paris, Ed. Payot), 1979, 279 p.

CHERTOK Léon : Résurgence de l'hypnose (Une bataille de deux cents ans), (Paris, Ed. Desclée De Brouwer), 1984, 241 p.

DEFONTAINE Joël, Psychomotricité et relaxation, (Paris, Masson), 1979, 193 p.

DENIS Michel : Image et cognition, (Paris, Ed. PUF), 1989, 284 p.

DROUOT Patrick : Nous sommes immortels (la réincarnation face à la nouvelle physique), (Paris, Ed. Garancière), 1987, 313 p.

DURAND DE BOUSINGEN R. : La relaxation, (Paris, Ed. P.U.F. coll. Que sais-je), 1980, 127 p.

ERICKSON Milton H. : L'hypnose thérapeutique (quatre conférences), (Paris, Ed. ESF), 1986, 202 p.

FROMM Erich : Le langage oublié (introduction à la compréhension des rêves, des contes et des mythes), (Paris, Ed. Petite bibliothèque Payot), 1980, 210 p.

JAFFE Denis, La guérison est en soi, (Paris, Ed. Robert Laffont), 1982, 311 p.

HALEY Jay : Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson, (Paris, Ed. Desclée de Brouwer), 1984, 383 p.

HERMANT Georges : Actes du VI^e congrès international de psychomotricité, La Haye, 1984 : Le corps et sa mémoire, (Paris, Ed. Doin), 1986, 332 p.

LAPASSADE Georges : Les états modifiés de conscience, (Paris, P.U.F. série "nodules"), 1987, 126 p.

MALAREWICZ Jacques A. - GODIN J. : Milton H. Erickson, De l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique, (Paris, Ed. ESF), 1986, 159 p.

MALAREWICZ Jacques-Antoine : La stratégie en thérapie, ou l'hypnose sans hypnose de Milton H. Erickson, (Paris, Ed. ESF), 1988, 157 p.

MALAREWICZ Jacques-Antoine : Cours d'hypnose clinique - Etudes Ericksoniennes, (Paris, Ed. ESF), 1990, 223 p.

MARC Olivier : Psychanalyse de la maison, (Paris, Ed. Seuil, coll. intuitions), 1972, 157 p.

MASLOW Abraham H. : Vers une psychologie de l'être, (Paris, Ed. Fayard), 1972, 267 p.

PHILLIPE Noelle : Changer par la visualisation (épanouissement, connaissance de soi, perfectionnement, sagesse), (Paris, Ed. RETZ), PARIS, 1988, 163 P.

PROPP Vladimir : Morphologie du conte, (Paris, Ed. Seuil, Coll. Poétique), 1965-1970, 254 p.

RODARI Gianni : Grammaire de l'imagination (Introduction à l'art d'inventer des histoires), (Paris, Ed. Messidor), 1979, 251 p.

ROSEN Sydney : Ma voix t'accompagnera (Milton H. Erickson raconte), (Paris, Ed. Hommes & Groupes), 1986, 257 p.

SATIR Virginia : Thérapie du couple et de la famille, (Paris, Epi), 1971, 251 p.

SHONE Ronald : Visualisation créative, (Québec, Ed. Québec/Amérique), 1986, 189 p.

SIMON Jean-Luc : Vivre après l'accident, (Lyon, Ed. Chronique Sociale), 1989, 148 p.

SIMONTON Carl : Guérir envers et contre tout, (Paris, Ed. Epi), 1982, 363 p.

SOUBIRAN G.B., COSTE J.C. : Psychomotricité et relaxation psychosomatique, (Paris, Ed. Doïn), 1975, 240 p.

THOMASSAINT J. : Conte et (ré) éducation, (Lyon, Ed. Chronique Sociale), 1991, 99 p.

TIETZE Henry G. : Votre corps vous parle. Ecoutez-le !, (Québec, Ed. Le Jour), 1989, 211 p.

WATZLAWICK P., WEAKLAND J., FISCH R., Changements, paradoxes et psychothérapie, (Paris, Ed. Le Seuil), 1975, 189 P.

WEITZENHOFFER Andrée : Hypnose et Suggestion, (Paris, Ed. Payot), 1986, 334 p.

ZEIG Jeffrey K. : La technique d'Erickson, (Paris, Ed. Hommes & Groupes), 1988, 196 p.

Tables des Matières

Avant-Propos ou La mémoire du corps

| | |
|--|----|
| I PSYCHOMOTRICITE CONCEPTUELLE | 0 |
| Introduction..... | 1 |
| 1.1. Le Corps. | 2 |
| 1.1.1. L'investissement. | 2 |
| 1.1.2. Le sens musculaire. | 3 |
| 1.2. Les E.M.C..... | 5 |
| 1.2.1. Généralités sur la notion de conscience :..... | 5 |
| 1.2.2. Etats et niveaux : | 6 |
| 1.2.3. Hypnose ou E.M.C. : | 7 |
| 1.2.4. Ce que n'est pas ou est l'hypnose : | 8 |
| 1.2.5. Pourquoi l'hypnose : | 11 |
| 1.3. La visualisation | 13 |
| 1.3.1. Mise au point : | 13 |
| 1.3.2. Généralités et propriétés des images visuelles : | 15 |
| 1.4. Méthodologie | 17 |
| 1.4.1. Généralités sur le Projet :..... | 17 |
| 1.4.2. Les étapes du projet et leur contenu :..... | 17 |
| 1.4.3. Quelques repères et précisions méthodologiques supplémentaires : | 24 |
| 1.4.4. La structure de la séance :..... | 25 |
| II CLINIQUE PSYCHOMOTRICE | 27 |
| 2.1. Cas de T.F..... | 28 |
| 2.2. Cas de B.B. | 29 |
| 2.3. Cas de P.M. | 30 |
| 2.4. Cas de X.D. | 31 |
| 2.5. Cas de A.F..... | 32 |
| 2.6. Cas de T. | 33 |
| 2.6.1. Anamnèse :..... | 33 |
| 2.6.2. Compte rendu des séances. | 34 |
| 2.6.3. Critique de mon approche : | 46 |
| 2.6.4. Critique de l'outil :..... | 46 |
| 2.7. Cas de M.D..... | 48 |
| 2.7.1. Compte-rendu des séances..... | 48 |
| 2.7.2. Anamnèse :..... | 48 |
| 2.7.3. Evaluation par le patient : | 61 |
| 2.7.4. Critiques : | 63 |
| PERSPECTIVES ET CONCLUSIONS | 65 |
| Bibliographie..... | 67 |
| Tables des Matières..... | 69 |