profession sage-femme

GRAND ANGLE

Hypnose en périnatalité : accompagner autrement



Elles sont sage-femme, gynécologue-obstétricienne ou psychologue…

***Profession Sage-Femme* part à la rencontre de ces praticiennes convaincues, qui ont fait de l'hypnose une composante à part entière de leur accompagnement.**

Dans les mots, la communication, les gestes du quotidien, l'hypnose imprègne leur pratique au bénéfice du confort de la patiente comme de celui du soignant.

De la préparation à la naissance aux suites de couches, l'hypnose trouve des applications variées en maternité. Elle vise moins à se substituer aux soins qu'à modifier la manière dont ils sont vécus : apaiser la peur, soutenir les capacités d'adaptation, rendre aux femmes une place plus active.

Pendant la grossesse : préparer et rassurer

La grossesse offre un temps d'apprentissage : *« comme pour un marathon, on se prépare ! »*, nous dit Clémence Malroux, sage-femme. Respiration, relaxation, évocation d'un lieu rassurant ou autohypnose peuvent fournir à la femme des repères qu'elle retrouvera pendant le travail. Cette préparation cherche à réduire l'appréhension, renforcer la confiance et favoriser l'autonomie pendant la grossesse. Elle peut aussi aider à aborder une nouvelle naissance après une expérience difficile.

Pendant le travail : mieux traverser les contractions

Au cours du travail, l'hypnose mobilise l'attention, l'imaginaire, la respiration, joue sur les sensations corporelles afin de modifier la relation à la douleur. L'objectif n'est pas nécessairement de la supprimer, mais de la vivre autrement, pour la rendre plus supportable, limiter la panique et aider la femme à rester actrice de l'accouchement plus longtemps.

Autour de la péridurale : apaiser la peur du geste

La pose de péridurale est l'une des applications les mieux documentées. Le balancement, la synchronisation de la respiration, le contact rassurant et les suggestions hypnotiques peuvent faciliter l'attente et réduire la peur.

Lors d'une césarienne : préserver l'expérience de la naissance

Au bloc, l'hypnose peut accompagner l'anesthésie et contribuer à rendre l'environnement moins anxiogène.

C'est une approche globale, qui concerne le choix des mots, du confort, la place du conjoint, la participation des parents et le rapprochement avec le nouveau-né. Le but recherché est de permettre aux parents de vivre l'intervention comme une naissance, pas seulement comme un acte chirurgical.

Lors d'une IMG : respecter la temporalité

Dans le contexte d'une interruption médicale de grossesse, l'hypnose peut proposer un espace mental protecteur et soutenir les ressources de la femme et du couple pendant les soins.

Après la naissance : prolonger le soutien

L'hypnose est également proposée face à un vécu difficile de l'accouchement, face aux difficultés du post-partum, lors de l'allaitement ou de la rééducation périnéale.

Elle peut aider à remettre en mouvement une expérience vécue comme bloquée et à retrouver des ressources personnelles.

Au-delà des séances formelles, l'hypnose est aussi un outil puissant de communication pour les soignants : attention portée aux mots, voix plus calme, explications moins anxiogènes, présence plus continue. Elle devient alors moins une technique isolée qu'une manière d'entrer en relation et d'accompagner. Cette diffusion suppose néanmoins une formation adaptée et ne dispense jamais des soins médicaux, obstétricaux ou psychologiques nécessaires.

Profession Sage-Femme a interviewé Clémence Malroux, sage-femme, Delphine Body-Bechou, gynécologue obstétricienne et Stéphanie Delacour, psychologue, sur la façon dont l'hypnose bouleverse leurs pratiques.

Clémence Malroux, sage-femme, hypnothérapeute

« Bienvenue douleur »

Qu'est-ce qui vous a amenée à l'hypnose ?

À l'hôpital, je me sentais parfois démunie face à la douleur des femmes. À Arcachon, une collègue pratiquait l'hypnose. Elle était hyper sereine, très apaisante, et les patientes aussi. Je me suis dit : *« Il se passe quelque chose. »* Elle m'a conseillée de me former. Ça a été révolutionnaire : c'étaient les réponses que j'attendais, un champ des possibles s'ouvrait. Ça m'a donné beaucoup de liberté dans ma pratique. Par la suite, j'ai ressenti le besoin d'avoir davantage de cadre et d'outils. Et là, l'institut Émergences a été précieux : j'ai pu y élargir mes compétences et relier mon ressenti aux techniques. Aujourd'hui, j'y suis aussi formatrice, notamment dans la formation « Hypnose et maternité », dont j'anime un des modules.



© Droits réservés

Quelle place prend-elle aujourd'hui dans vos consultations ?

Je l'utilise beaucoup dans le suivi de grossesse et en gynécologie, pour les poses de stérilet, les retraits d'implant, les vaccins, dans le cadre de la ménopause, en préparation à la naissance et aussi en préconceptionnel…

On imagine souvent l'hypnose comme quelque chose de passif : une personne dans un fauteuil, une induction hypnotique, un accompagnement parlé, puis une sortie de transe. C'est une possibilité, c'est ce qu'on appelle une transe formelle. Mais, au quotidien, je pratique beaucoup l'hypnose informelle : les mots, la façon de parler, les gestes qui amènent, entre autres choses, du confort, de la sécurité. Dire : *« Rassurez-vous, on va faire en sorte que ce soit le plus confortable pour vous »*, ça change déjà les choses. Mon ton, mes respirations, ma posture comptent aussi. Je mets autant de soin à m'installer confortablement, qu'à installer confortablement ma patiente. Si je suis toute rigide au bout de la table, ce ne sera pas la même expérience ! J'accompagne aussi les femmes en hypnose dans un contexte de vaginisme, de dyspareunies ou de douleurs d'endométriose. Chaque séance est unique. Je m'adapte aux besoins et aux ressources de chaque personne.

Comment préparez-vous les femmes à l'accouchement ?

Ce n'est pas juste : *« Je vais vous donner trois positions pour être plus confortable. »* C'est un état d'esprit. Comme pour un marathon, on se prépare ! Je leur demande, par exemple, d'aller chercher une expérience très intense qu'elles ont surmontée : une randonnée, un effort de dingue dans leur boulot… On regarde comment réactiver cette force intérieure pour la retrouver au moment de l'accouchement. On s'appuie sur quelque chose qu'elles ont déjà expérimenté, dont leur corps a conservé le souvenir : *« Je suis capable, j'ai réussi. »* L'idée, c'est de les rendre actrices de leur accouchement, tout comme leur partenaire.

Votre atelier s'intitule « Bienvenue douleur ». Pourquoi ?
C'est un peu provocateur, j'aime bien que ça fasse réagir, notamment lorsqu'il y a des anesthésistes dans la salle ! Ça s'adresse aux femmes, au/à la partenaire, mais aussi aux soignants : accueillir la douleur de l'autre, c'est un vrai sujet. Pendant le travail, j'aime parler de « douleur de transformation ». La femme en travail n'est ni malade ni blessée, elle est en train de se transformer. Amener une femme à prendre très rapidement une péridurale, en se disant seulement « *comme ça, ce sera fait* », peut être un choix. Mais je crois important de dire à cette femme qu'il existe d'autres possibilités, qu'elle peut aussi vivre pleinement l'expérience, si elle est prête à l'expérimenter. Il s'agit de la remettre au contact du fonctionnement spontané de son corps, qui sait faire. Si l'être humain n'avait pas la compétence de donner naissance à un bébé, il n'y aurait plus beaucoup d'êtres humains sur terre. La douleur peut nous guider : changer de position, de mouvement, amener des sons plus graves, pousser. L'idée, c'est de redonner du sens à l'intensité de la contraction, pour qu'elle ne soit pas seulement quelque chose qu'on redoute. Peut-être qu'à un moment il y aura une péridurale, soit ! Elle peut être la bienvenue, au bon moment, si la femme en fait la demande.

Et quand la douleur devient souffrance ?
La souffrance, c'est quand on subit, qu'on ne peut plus reprendre son air, qu'on perd le contrôle. Comme si on était dans les rouleaux et qu'on prenait vague sur vague. On peut parler de la phase parfois appelée « de désespérance » pendant le travail, par exemple, lorsque certaines femmes disent : « *Je ne vais pas y arriver.* » Là, il faut sécuriser, ramener la personne dans l'ici et maintenant, pour lui permettre ensuite de retrouver un peu plus de confort et de sécurité. C'est ce qu'on apprend à faire en hypnose. Mais la perte de contrôle peut aussi être liée à un changement d'environnement : vous étiez très à l'aise chez vous, dans vos mouvements, mais à l'hôpital il y a des lumières, du bruit, on entend parfois les femmes crier dans la salle d'à côté. La douleur n'est plus accueillie de la même manière parce que votre cerveau se remet en mode vigilance : « *Qu'est-ce qui se passe ? Qu'est-ce que je dois faire pour survivre ?* »

Arrive-t-on à faire sortir quelqu'un de cette transe négative, de ce tourbillon ?
Oui, c'est parfois assez incroyable. Les femmes enceintes et les femmes en travail sont ce que nous appelons « hypersuggestibles ». Elles ont une compétence naturelle pour entrer dans un état de transe, un état d'hypnose qui leur permet de vivre des expériences très intenses, un peu à distance ou pleinement, de façon très positive ou très négative. Cette capacité à entrer en transe nous permet de les rattraper, de les ramener à nous, ici et maintenant. Notre posture devient une ancre. Au début, il m'arrivait d'être aussi démunie que la femme : elle était dans une transe négative, et moi, je l'accompagnais là-dedans ! Je n'étais plus capable de la sécuriser. L'hypnose m'a aussi appris à sortir de cela.

L'hypnose passe beaucoup par la suggestion ?
Les suggestions positives sont un élément très important de l'hypnose. Si quelqu'un vous fait beaucoup de suggestions négatives autour de la douleur, vous allez vous enfoncer un peu plus dans le négatif. Je suis auvergnate et je donne souvent l'exemple du Puy-de-Dôme. Il y a un chemin, le chemin des Muletiers, qui n'est pas très long : il prend moins d'une heure, mais il est raide. En montant, vous croisez forcément des gens qui descendent. Imaginez qu'ils vous disent : « *Oh la la, vous n'y êtes pas encore, c'est très dur. Bon courage !* » Vous allez plutôt vous dire : « *C'est l'enfer, je n'y arriverai jamais.* » Si, au contraire, les gens que vous croisez vous disent : « *Allez, ça vaut le coup, la vue est incroyable de là-haut, vous y êtes presque !* » Là, la suggestion positive fait que vous savez pourquoi vous transpirez et vous redonne de l'énergie !



L'hypnose, ce n'est donc pas forcément rester immobile dans un fauteuil ?
Pas du tout ! Ça peut être très participatif : sur un ballon, en marchant, debout. Amener du mouvement pendant la transe, c'est hyper précieux. Et il y a aussi la danse, la musique. Pour moi, c'est vraiment un cheminement. C'est comme un marathon : vous ne décidez pas la veille de le courir, vous vous préparez pendant des semaines à accueillir la douleur.

L'hypnose fait donc aussi du bien au praticien ?
Oui, elle développe notre créativité et renforce le lien avec la patiente. On va chercher ses ressources avec elle, avec le couple et avec le bébé ! On se sent utile sans faire à sa place. L'hypnose m'a appris à arrêter de faire pour l'autre ou sur l'autre, pour apprendre à faire avec l'autre. Et c'est un sentiment très soulageant ! Au début, on a besoin de techniques, c'est sécurisant. Puis ce n'est plus juste une méthode : c'est une façon d'être en lien. Je me sens beaucoup plus apaisée, plus connectée aux patientes.

Propos recueillis par Stéphane Cadé

Dr Delphine Body-Bechou, gynécologue-obstétricienne

« Ce qui devrait être enseigné et généralisé, c'est la communication thérapeutique »



Vous êtes gynécologue-obstétricienne ?
Oui, depuis 18 ans. Je suis surtout obstétricienne. Je fais principalement du suivi de grossesses pathologiques. Je fais aussi du diagnostic anténatal. Je pratique l'échographie de deuxième intention. Je vois les bébés pour lesquels le dépisteur a mis en évidence des anomalies, des malformations, graves ou moins graves. J'accompagne les couples autour de ces annonces diagnostiques, puis des décisions à prendre comme les explorations génétiques qu'il faut parfois faire, type amniocentèses ou biopsies de trophoblaste, mais aussi dans les situations de malformations sévères, leur souhait ou non d'une interruption médicale de grossesse. J'ai toujours eu une grande appétence pour l'accompagnement psychologique des couples.

Qu'est-ce qui vous a conduite à l'hypnose ?
C'était en 2020, j'ai eu besoin de disposer d'autres outils pour accompagner les patientes. J'ai suivi la formation de douze jours en hypnose et périnatalité à l'institut Émergences à Rennes. Ça m'a ouvert des portes ! Avec une plus-value pour les patientes, mais pour moi également.

Comment l'utilisez-vous au quotidien ?
Je n'ai pas de consultation d'hypnose à proprement parler. Je la distille dans ma pratique quotidienne, notamment pour les amniocentèses et les biopsies de trophoblaste. Pour ces gestes, je propose systématiquement un accompagnement en hypnose, sans forcément employer le mot « hypnose », qui peut inquiéter certaines patientes. Je leur dis que je vais leur parler pendant le geste, leur proposer de fermer les yeux de se concentrer sur leur respiration pour que ce soit plus confortable. Après le geste, certaines patientes me demandent : *« Vous m'avez fait de l'hypnose ? »* Eh bien oui ! Elles disent souvent avoir vécu les choses de manière plus confortable.

Qu'est-ce que cela change dans votre façon de faire ?
D'abord, mon vocabulaire, les mots employés. Par exemple plutôt que de dire *« Je vais piquer »*, je leur dis : *« Je vais commencer le geste, vous allez sentir que je touche »*. Quand j'étale la Bétadine, je remplace le *« Ça va être froid »* par *« Ça va être un peu frais »*. Rien qu'en changeant les mots, on change le ressenti. Et ce n'est pas de la tromperie : je dis bien ce que je fais, mais différemment. L'hypnose, c'est d'abord de la communication thérapeutique : faire attention au langage qu'on utilise au quotidien.

L'hypnose a aussi changé ma manière d'observer mes patientes. Je suis plus attentive à ce que leur corps exprime, à la communication non verbale. Il m'arrive même parfois de mettre en sourdine ce qu'elles disent pour ne faire qu'observer : sont-elles tendues ou non ? Quelle est leur posture, le rythme de leur voix… ? La communication, c'est 80 % de non-verbal !

Et lors de l'annonce d'une anomalie ?
Ce qui est dit reste. C'est important de mesurer le poids des mots prononcés. Lors d'une annonce, les couples sont sidérés, ils ne comprennent qu'une infime partie de ce qui leur a été dit. Les annonces se font donc souvent en plusieurs étapes. Après le choc initial, je leur propose de les revoir pour revenir sur ce qu'ils ont compris puis je complète si besoin, je réponds à leurs questions. J'essaye de suivre le rythme de chacun, très variable d'un couple à l'autre, et même au sein du couple.

Avant une césarienne, vous créez une « bulle de naissance ». Comment ?
J'accompagne beaucoup de femmes avec des antécédents de traumatismes obstétricaux ou de violences sexuelles. On coconstruit ensemble les perspectives de naissance les plus sécurisantes pour elles. Parfois, cela aboutit à une césarienne programmée. Souvent, lors de la pose de la rachi-anesthésie, je me mets devant la patiente, tête contre tête, mains dans les mains, et je lui parle. On fabrique ensemble une bulle de naissance *secure* pour accueillir leur bébé. C'est peut-être ça le plus beau, la formation en hypnose m'a donné la liberté de sortir de ma posture du médecin qui sait, qui est au-dessus, qui apporte les solutions. Je suis juste dans un partage d'humanité, à un moment important de leur vie auquel j'ai la chance de participer.

Cela change aussi le travail en équipe ?
Au début, ça n'a pas été simple d'introduire l'hypnose auprès des équipes. Il a fallu que mes collègues perçoivent l'effet bénéfique pour les patientes. Désormais c'est intégré et, quand je baisse le son de ma voix pour une amniocentèse par exemple, tout le monde se calme. On a appris à communiquer par le regard, par des gestes de tête, pendant que les patientes ont les yeux fermés. Ce n'est pas toujours facile de faire à la fois l'accompagnement en hypnose et le geste : il faut être concentrée sur les deux à la fois. Je vais à mon rythme, j'essaie de sentir quand c'est le bon moment pour la patiente. Les gestes sont très courts, c'est une induction en hypnose très légère. Après coup, certaines patientes sont surprises de constater que le geste est déjà terminé !

L'hypnose vous a transformée ?
Je ne sais pas si c'est l'hypnose qui m'a amenée vers ma pratique actuelle, ou si je cheminais de toutes façons vers cela. J'ai toujours aimé faire des petits pas de côté et l'hypnose permet cela. Ce mode relationnel convient mieux à la personne que je suis. Mais c'est très personnel.

Faudrait-il la généraliser ?
Ce qui devrait être enseigné et généralisé, c'est la communication thérapeutique. C'est un tout petit tiroir de l'hypnose : apprendre aux professionnels de santé à changer leur vocabulaire. Rien que ça, ça apporte déjà énormément de confort aux patients. Généraliser l'hypnose ne serait pas une mauvaise chose, mais ça ne me parait pas indispensable. La communication thérapeutique elle, est indispensable !

Au congrès Émergences de cette année, vous avez proposé un atelier intitulé « Voyage autour de l'empreinte Vakog, de la vie intra utérine à la vie aérienne ». De quoi s'agit-il ?

Le Vakog est un acronyme qui désigne les cinq sens par lesquels nous percevons, filtrons et traitons les informations du monde extérieur : visuel, auditif, kinesthésique, olfactif, gustatif. L'idée était de faire comprendre et ressentir aux participants une partie de ce que ressent le fœtus in utero, qui est un expert en Vakog. C'était une expérience très psychocorporelle.

Une fois que les participants ont pu vivre, ressentir corporellement ce que vit le fœtus in utero, ça permet de mieux comprendre pourquoi, après la naissance, le bébé a encore tant besoin d'être enveloppé, en contact, de sentir l'odeur de ses parents, de retrouver dans le lait maternel, par exemple, le goût du liquide amniotique…

Il s'agissait de mettre du sens, mais un sens vécu corporellement, sur ce qu'on a l'habitude de proposer en post-partum. Le fœtus in utero est extrêmement sensoriel. Or, la sensorialité, c'est l'hypnose !

Propos recueillis par Stéphane Cadé

Hypnose : que dit la science ?

L'hypnose ne relève pas seulement de l'expérience subjective. Elle s'observe aussi dans le cerveau : l'imagerie montre que l'état hypnotique et les suggestions modifient l'activité et les connexions de réseaux impliqués dans l'attention et le traitement de la douleur. Cela ne suffit pourtant pas à prouver son efficacité thérapeutique : celle-ci doit être examinée pour chaque indication.

Des effets cérébraux objectivables
Sous hypnose, plusieurs régions associées à l'attention, aux sensations corporelles et à la dimension émotionnelle de la douleur fonctionnent différemment. Cette observation donne un socle biologique à ce que décrivent certains patients : une sensation peut rester présente tout en devenant moins envahissante ou moins désagréable. Des résultats qui varient selon les suggestions employées, la situation étudiée et la réceptivité de chacun.

Des résultats mieux étayés lors des gestes invasifs
C'est en chirurgie et lors des gestes invasifs que les données sont les plus consistantes. Une vaste revue publiée dans le volume 2026 d'*Anaesthesia* a recensé 142 études réunissant 9 238 participants. Selon le moment où elle est pratiquée, avant ou pendant l'intervention, l'hypnose est associée à une diminution de la douleur aiguë et de l'anxiété. Elle pourrait également réduire les nausées et les vomissements postopératoires.

La qualité générale des études reste toutefois insuffisante et la diminution de la consommation d'antalgiques ou de sédatifs n'est pas retrouvée de manière constante. Dans la plupart des cas, l'hypnose s'utilise donc en complément des moyens anesthésiques et antalgiques nécessaires.

D'autres essais ont fait apparaître des bénéfices dans les douleurs chroniques, le syndrome de l'intestin irritable ou les bouffées de chaleur. Leur ampleur et leur niveau de certitude diffèrent cependant d'une indication à l'autre.

Périnatalité : un mieux perceptible dans le vécu
Les études suggèrent que l'hypnose peut apaiser la peur, renforcer la confiance et le sentiment de contrôle, et favoriser une expérience plus positive de la naissance. Ces résultats reposent néanmoins sur un nombre encore limité de travaux, aux méthodes très différentes.
Une étude menée auprès de 155 femmes au moment de la pose d'une péridurale a comparé les formes d'accompagnement. Lorsque celles-ci intégraient des suggestions hypnotiques, la peur et certaines mesures de douleur diminuaient davantage. Résultat intéressant, mais la nature de l'étude ne permet pas encore d'isoler avec certitude l'effet propre de l'hypnose.
Une méta-analyse publiée en 2024 s'est penchée sur une autre question : l'hypnose en préparation prénatale réduit-elle le recours aux médicaments pendant l'accouchement ? À partir de six essais randomisés et de 2 937 femmes, elle n'a retrouvé aucune diminution significative du recours à la péridurale ou aux autres antalgiques.

Pour l'heure, les données sont donc plus cohérentes sur ce que l'hypnose peut changer dans l'expérience de la naissance — la peur, la confiance, le sentiment de garder une prise sur les événements — que sur sa capacité à réduire le recours à l'analgésie ou à modifier le déroulement obstétrical.

Principales sources :

Rapport Inserm, *Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose, 2015*
Anaesthesia, *revue systématique et méta-analyses sur l'hypnose en anesthésie, 2026*
Complementary Therapies in Clinical Practice, *revue systématique sur l'impact psychologique pendant la grossesse et l'accouchement, 2023*
Midwifery, méta-analyse sur l'hypnose prénatale et le recours à l'analgésie, 2024
International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, *étude sur la douleur et la peur lors de la pose de péridurale, 2017*

Cas pratique : Hypnose et vaginisme

Stéphanie Delacour, psychologue hypnothérapeute, EMDR, formatrice

« L'utilisation de l'hypnose ericksonienne dans le traitement du vaginisme est un outil extraordinaire »

Dans le cadre de ma pratique professionnelle en tant que psychologue libéral, j'accompagne des femmes souffrant de vaginisme. Ce terme est devenu relativement courant aujourd'hui ; toutefois, les mécanismes qui le sous-tendent ont longtemps été considérés, et le sont encore, comme un problème mécanique, principalement corporel. Or, ce trouble est avant tout d'ordre émotionnel et relationnel, à l'instar de la plupart des troubles sexuels, qu'ils soient masculins ou féminins.


© Droits réservés

Vaginisme primaire et vaginisme secondaire

En premier lieu, il est essentiel de faire la distinction entre un vaginisme primaire et un vaginisme secondaire. **Le vaginisme primaire** est présent dès la première relation sexuelle et ne résorbe pas dans le temps. **Le vaginisme secondaire** s'installe après un traumatisme, une difficulté dans le couple ou tout autre situation problématique. La distinction entre ces deux formes apparait fondamentale. Leur implication thérapeutique et les modalités de leur prise en charge diffèrent selon leur caractère primaire ou secondaire.

À mon sens, tout trouble sexuel doit être envisagé en premier lieu dans sa dimension relationnelle. En effet, c'est lorsque ce trouble vient affecter la relation à l'autre que les personnes consultent. A contrario, pour une personne vivant seule et ne ressentant ni désir de relation de couple, ni projet de vie familiale, l'absence de sexualité ou de désir ne constitue pas nécessairement un problème en soi.

Pénétration et accueil – Aller vers et recevoir

Le vaginisme, en ce qu'il sous-entend la contraction des muscles autour du vagin, peut se définir comme l'impossibilité d'être pénétrée par un sexe d'homme, un tampon, un doigt, un sextoy, un spéculum… mais c'est également l'impossibilité d'accueillir un sexe d'homme, un tampon, un doigt, un sextoy, un spéculum… La dimension de l'accueil est trop souvent oubliée, négligée.

Nous sommes des êtres de relation régis par deux mouvement relationnels : aller vers et recevoir. Ces deux mouvements font également partie de la sexualité. Nous devons les observer chez nos patientes au cabinet. Par exemple, mesurer si une patiente est en capacité de venir vers nous dans une certaine sécurité. Est-elle en capacité d'accueillir notre poignée de main, pour dire bonjour ? Les difficultés à accueillir et recevoir se retrouvent très souvent dans différents contextes de la vie courante. Il est intéressant de les y observer si l'on veut évaluer la capacité d'une personne à être en sécurité relationnelle.

L'espace relationnel, ou proxémie

Cela m'amène à évoquer une autre notion : l'espace relationnel. Dès que nous sommes avec un autre être humain, **cet espace relationnel – également connu sous le terme de proxémie – s'ajuste en fonction de notre degré de connaissance et d'intimité.** Il est en lien avec notre culture et surtout en lien avec nos expériences relationnelles passées.Il est essentiel d'évaluer cet aspect dès la première rencontre : quelle est la distance entre la patiente et moi qui lui permet de se sentir en sécurité ? La sexualité dans le couple nécessite de se sentir en sécurité dans cet espace relationnel, afin d'accueillir et recevoir l'autre. Les soignants ont tendance à considérer que le simple fait que le patient consulte témoigne de l'instauration d'un lien thérapeutique *secure*. C'est une idée reçue : l'attitude souriante d'un patient ou l'expression de sa volonté de s'engager dans le travail thérapeutique ne permettent pas, à elles seules, de présumer qu'il se sent suffisamment en sécurité au sein de la relation thérapeutique.

Sphère génitale sous-investie

Le vaginisme primaire est un trouble qui existe depuis le début de la sexualité. Il est lié à des défauts d'apprentissage relationnel, corporel ainsi qu'un manque d'autonomisation vis-à-vis des parents.


© Droits réservés

Dans ces cas-là, la sphère émotionnelle est souvent sur-investie tandis que la sphère génitale ne l'est pas. Ce sont des femmes qui vont expliquer qu'elles apprécient que leur conjoint ou conjointe les prenne dans leurs bras, leur fasse des câlins, leur tienne la main, les embrasse. Elles seront en capacité de décrire des sensations agréables dans ces moments là, sensations situées dans le haut du corps.

En revanche, elles ressentent très peu de désir sexuel puisque la sphère génitale n'est pas investie. En séance de travail psychothérapeutique, ces femmes ressentent très peu ou pas de sensations au niveau du bas-ventre et de leur bassin. Quand je leur demande d'aller observer les yeux fermés à quoi ressemble cette zone de l'intérieur, c'est souvent noir, désolidarisé du reste du corps ou bien encore vide. Ce sont des femmes qui ont rarement expérimenté la masturbation puisque, pour l'expérimenter, il est nécessaire d'occuper son espace génital interne et externe. À l'observation du corps en mouvement, vous pourrez noter que le bassin est souvent dans une certaine rigidité, parfois même en position intermédiaire entre la rétroversion et l'antéversion. De manière naturelle et physiologique, les hommes ont leur bassin en rétroversion et les femmes en antéversion.

Les reconnecter à leurs sensations corporelles

Le premier niveau de travail sera de **permettre à ces femmes de recontacter leurs sensations corporelles.** Il s'agira de les aider à se mettre en mouvement au niveau du bassin et de leur permettre d'observer les sensations qui commencent à s'installer. Cette focalisation sur leurs mouvements et leurs sensations est un processus hypnotique.

L'hypnose, un outil extraordinaire

L'utilisation de l'hypnose ericksonienne dans le traitement du vaginisme est un outil extraordinaire.

Son principe fondamental est la focalisation. Il permet aux patientes, dans le cadre de la relation thérapeutique *secure*, de se focaliser sur leur corps, leurs mouvements et leurs sensations, de manière à leur permettre d'investir la sphère génitale progressivement et en sécurité.

Plus haut, j'évoquais les deux mouvements relationnels, « pénétration et accueil » ou « aller vers et recevoir ». Ces mouvements, en thérapie, sont expérimentés par les patientes de manière progressive, en observant leurs ressentis dans les différents exercices. De plus, les processus hypnotiques permettent à la patiente de reconnecter assez rapidement à des ressources du passé. En effet, lorsque nous sommes dans une difficulté qui prend beaucoup de place dans notre vie, nous avons tendance à « oublier » les expériences agréables, nos compétences corporelles, émotionnelles et relationnelles. **Le processus hypnotique permet rapidement, à partir des sensations qui se réinstallent, d'avoir de nouveau accès à ces ressources.**

Pour illustrer mon propos, voici une vignette clinique concernant une patiente souffrant de vaginisme primaire.

Cette femme est âgée de 39 ans, elle consulte car elle souhaite entrer en parcours PMA. Elle vit seule. Elle a eu deux petits amis entre 20 et 30 ans, sans jamais vivre avec. Ces histoires se sont terminées en raison de l'impossibilité d'accueillir le sexe de ses partenaires.

Le premier axe de travail thérapeutique a été de lui faire ressentir son corps, progressivement et en sécurité. Puis de lui permettre de développer des compétences émotionnelles et relationnelles plus adultes. En hypnose, elle a appris à intérioriser ce qu'est la sécurité relationnelle, à apprendre à aller vers et à recevoir dans son quotidien, avec ses amies, ses collègues... Par exemple, lors de quelques séances, elle a expérimenté la capacité à poser sa main dans la mienne et à en ressentir à la fois la solidité, la présence soutenante, ce qui lui a permis de faire un lien avec la présence soutenante de sa grand-mère quand elle était enfant.

Le deuxième niveau de travail a été de remettre en mouvement son bassin en utilisant le ballon de gym. Cette patiente a ainsi pu installer de la chaleur dans son bassin, de la fluidité et de la souplesse, toujours dans la sécurité. Ensuite nous avons travaillé la symbolique d'accueillir le sexe de l'homme. Retrouver la sécurité relationnelle d'aller vers et de recevoir permet de sortir de la sensation de juste « devoir être pénétrée ». C'est la femme qui décide d'aller à la rencontre de ce sexe et de ses sensations de plaisir.

Lorsque les patientes ont récupéré leurs sensations, il est utile qu'elles osent pratiquer la masturbation afin de découvrir leur propre capacité à se donner du plaisir et à mieux connaitre comment régit leur zone génitale. Ces différents axes de travail se font bien évidemment sur plusieurs séances, car il est primordial que la thérapie évolue au rythme de la capacité à intégrer le changement pour ces patientes.

La seconde vignette clinique concerne une femme âgée de 46 ans souffrant de vaginisme secondaire. Ce trouble s'est installé à la suite de la découverte de l'infidélité de son conjoint.

Lorsqu'elle vient au cabinet, cela fait presque un an que le couple tente de se resynchroniser. J'observe au travers du premier entretien qu'avant cet évènement, cette femme était en capacité d'accueillir son conjoint dans leur sexualité. Il est à noter que cette difficulté d'accueillir se retrouvait dans son quotidien : par exemple, progressivement, elle a reçu de moins en moins ses amis...

Le travail thérapeutique avec l'hypnose a d'abord consisté à traiter les émotions encore présentes de l'événement, celles-ci s'exprimant sur un mode traumatique.

Dans le même temps, il s'agissait de restaurer un lien de sécurité entre elle et des personnes ressources.

L'infidélité de son conjoint était venue comme« effondrer » sa capacité à être en confiance, car ce dernier incarnait pour elle la personne la plus-à même de l'épauler, de la soutenir et ce depuis leur rencontre à l'âge de 17 ans. Dans l'histoire de cette patiente, les liens secure parentaux n'avaient pas été de bonne qualité. Lorsque les émotions ont été évacuées et le lien secure restauré, le vaginisme s'est progressivement effacé.

Conclusion

Pour conclure, il me semble important de distinguer de quel type de vaginisme nos patientes souffrent, car les processus qui le sous-tendent nécessitent une approche psychothérapeutique différente. Dans cette perspective, l'hypnose ericksonienne constitue un outil particulièrement pertinent pour permettre à nos patientes de retrouver progressivement leurs sensations corporelles et de restaurer de la sécurité relationnelle. Enfin il est essentiel de considérer le vaginisme non pas comme un trouble fonctionnel, mais comme un trouble qui s'inscrit dans une dimension relationnelle.



L'idée de consacrer un dossier à l'hypnose en périnatalité fait suite au 10e Congrès Hypnose & Douleur, qui s'est tenu à Saint Malo du 7 au 9 mai 2026. *Profession Sage-Femme* était présente.

Pendant trois jours, quelques 700 congressistes ont participé aux 140 interventions, par 125 conférenciers, entre séances plénières, communications courtes, démonstrations et ateliers pratiques.

Le Congrès est organisé tous les deux ans par l'institut Émergences. Il se tenait cette année dans le magnifique Palais du Grand Large, sur le Sillon de la cité Corsaire.

La prochaine session, prévue pour 2028, devrait se tenir en Corse, même si rien n'est encore fixé définitivement.

Deux conférences sont disponibles en replay sur YouTube :
• Proposer de formaliser l'au revoir en SMUR, par la Dr Anne Gréau-Chauchet, médecin urgentiste à La Roche-sur-Yon.

• La proprioception, un sixième sens ?, par la Dr Anne Schill Liefhoogue, médecin spécialiste MPR pédiatrique, ancien chef de clinique du CHU de Lille.

émergences
Institut de Formation et de Recherche en Hypnose et Communication Thérapeutique - Rennes

L'institut Émergences est un centre de formation et de recherche en hypnose et communication thérapeutique.

Destinés principalement aux professionnels de santé et aux psychologues, ses cursus, ateliers et congrès abordent notamment la douleur, l'analgésie, la santé mentale, la périnatalité et la relation de soin.

institut Émergences
35 boulevard Solférino
35000 Rennes
02 99 05 25 47