

LES ATELIERS DU PRATICIEN

Antoine BIOY *et al.*

# **15 cas cliniques en hypnose médicale et hypnoalgésie**

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2017

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

[www.dunod.com](http://www.dunod.com)

ISBN 978-2-10-076931-5

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

# Table des matières

Liste des auteurs.....	9
Introduction.....	12
<b>Chapitre 1 Hypnose et migraines.....</b>	<b>14</b>
Christine Berlemont	
<b>1 LES CÉPHALÉES ET MIGRAINES.....</b>	<b>16</b>
Céphalées de type tension.....	17
La migraine.....	18
<b>2 NAELLE.....</b>	<b>19</b>
L'entretien initial.....	20
Premières séances.....	21
Mise en place de l'autohypnose.....	23
<b>3 UNE MIGRAINE, UNE HYPNOSE.....</b>	<b>25</b>
Observer, écouter et inventer.....	26
Un pas vers sa limite de pratique hypnotique.....	27
<b>4 BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>29</b>
<b>Chapitre 2 Hypnose et troubles anxieux.....</b>	<b>30</b>
Antoine Bioy	
<b>1 L'ANXIÉTÉ, LE « MAL DES SIÈCLES » ?.....</b>	<b>32</b>
Un tableau pluriel.....	33
Hypnose et anxiété.....	35
<b>2 CLARA.....</b>	<b>36</b>
La première rencontre.....	37
Le travail sur les relations précoces d'attachement.....	40
Le « dénouement » ?.....	43
<b>3 COMMENTAIRES.....</b>	<b>44</b>
<b>4 BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>45</b>
<b>Chapitre 3 Hypnose et gestion durable du poids.....</b>	<b>46</b>
Sophie Cohen	
<b>1 CONTRÔLE ET ÉVITEMENT ? LES PREMIÈRES SÉANCES.....</b>	<b>48</b>
Le cas de Xavière, explorer les motivations.....	49
Les situations difficiles de Xavière.....	51
<b>2 LORS DE LA SÉANCE SUIVANTE.....</b>	<b>56</b>
Une autre séance d'hypnose possible.....	57
Au restaurant, entre amis.....	58
Suggestions possibles en lien avec le système de récompense et de punition.....	60
<b>3 LES DERNIÈRES SÉANCES.....</b>	<b>60</b>
Pas d'évitement, être présent à ce que je mange.....	61
Pour conclure.....	61
<b>4 BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>62</b>

## Chapitre 4 L'hypnose dans un contexte palliatif aigu ou comment retrouver un souffle de vie ?..... 64

Sylvie Colombani Claudel

<b>1</b>	<b>PATIENTE EN ATTENTE DE DIAGNOSTIC DE CARCINOME OVARIEN.....</b>	<b>66</b>
	Comment créer du sens dans l'incertitude ?.....	67
	Gestion des symptômes avant même le diagnostic.....	68
<b>2</b>	<b>MME YVETTE NE SAIT ENCORE RIEN DE SA MALADIE ET A PEUR DE TOUT.....</b>	<b>69</b>
	Création du lien : Comprendre ce qui gêne le plus Yvette.....	69
	Séance pour pose de drain pleural (DP).....	70
	Séance pour pose de voie veineuse centrale (VVC).....	72
<b>3</b>	<b>LE VÉCU D'YVETTE.....</b>	<b>74</b>
	Utilisation, progression et adaptabilité des techniques hypnotiques : « Dans un sens... ».....	75
	Le retour ou l'influence des premiers soins sur le vécu des traitements.....	75
<b>4</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>77</b>

## Chapitre 5 L'utilisation de l'hypnose en préparation d'un scanner de centrage de radiothérapie chez une patiente claustrophobe..... 78

Rémi Etienne

<b>1</b>	<b>HYPNOSE ET PRATIQUE INFIRMIÈRE.....</b>	<b>80</b>
	Claustrophobie et radiothérapie.....	81
	Madame Bernard, patiente claustrophobe.....	81
<b>2</b>	<b>PRISE EN CHARGE DE MME BERNARD.....</b>	<b>82</b>
	De la rencontre à la synchronisation.....	82
	Importance du levier sensoriel dans l'induction hypnotique.....	85
	Dissociation, catalepsie du bras.....	87
	Place de la technique de l'ancrage dans le protocole.....	89
<b>3</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>92</b>

## Chapitre 6 Hypnose et sevrage tabagique : un exemple de pratique en une séance..... 94

Bertrand Fayard

<b>1</b>	<b>LA DÉPENDANCE AU TABAC.....</b>	<b>96</b>
	L'hypnose pour arrêter de fumer.....	96
	Une définition de l'hypnose.....	97
	Personnalité du patient.....	98
<b>2</b>	<b>L'ACCUEIL DU PATIENT.....</b>	<b>99</b>
	Définir les motivations et les difficultés liées au sevrage tabagique.....	100
	Expliquer l'hypnose.....	101
	Préparer la séance.....	102
<b>3</b>	<b>LA SÉANCE D'HYPNOSE.....</b>	<b>103</b>
	L'induction.....	104
	L'intention positive de l'addiction.....	106
	Défaire le lien.....	107
	Visualisation positive.....	108
	Retour à l'état de conscience ordinaire.....	108
<b>4</b>	<b>ÉT APRÈS ?.....</b>	<b>110</b>
	Utilité de séances complémentaires.....	110
	Apprendre au contact du patient.....	110
<b>5</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>111</b>

## Chapitre 7 L'hypnose en rhumatologie : exemple d'un accompagnement..... 112

Éric Gibert

<b>1</b>	<b>LE RHUMATOLOGUE FACE AUX PATIENTS DOULOUREUX.....</b>	<b>114</b>
	La douleur en France.....	114

	En neurophysiologie.....	114
	Hypnose et gestes douloureux.....	116
	Comment utiliser l'hypnose dans la douleur chronique ?.....	118
<b>2</b>	<b>CAS CLINIQUE À MULTIPLES FACETTES.....</b>	<b>120</b>
	La situation pathologique.....	120
	L'histoire personnelle.....	121
	Le projet thérapeutique.....	122
<b>3</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>128</b>

## Chapitre 8 Hypnose et algoneurodystrophie : faire corps avec sa peau..... 130

Marie-Anne Jolly

<b>1</b>	<b>DISSOCIATION OU RÉASSOCIATION.....</b>	<b>132</b>
	La dissociation.....	133
	La peau.....	136
<b>2</b>	<b>FAIRE CORPS ET RÉASSOCIATION.....</b>	<b>137</b>
	Gaëlle.....	138
	Gaëlle et sa peau.....	140
	En route pour la réassociation.....	142
<b>3</b>	<b>LES RESSOURCES DE L'INCONSCIENT.....</b>	<b>144</b>
	Corps et inconscient.....	146
	L'inconscient fluide.....	146
<b>4</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>147</b>

## Chapitre 9 Hypnose et kinésithérapie : réadaptation des sensations et des mouvements..... 148

Jeanne-Marie Jourden

<b>1</b>	<b>KINÉSITHÉRAPIE, HYPNOSE, ET Go.....</b>	<b>150</b>
	Kinésithérapie et hypnose.....	150
	L'observation.....	150
	L'examen clinique.....	152
<b>2</b>	<b>TRAVAIL ANALYTIQUE DU SCHÉMA CORPOREL.....</b>	<b>153</b>
	La réassociation par la respiration.....	153
	Le travail de l'ancrage du corps.....	156
	Hypnose conversationnelle et mobilisations.....	157
<b>3</b>	<b>REPRENDRE SON CHEMIN DE VIE.....</b>	<b>158</b>
	La remise en mouvement.....	158
	L'autonomisation dans la rééducation.....	160
	La réadaptation émotionnelle.....	161

## Chapitre 10 Hypnose et allergologie..... 164

Christian Martens

<b>1</b>	<b>L'ALLERGIE.....</b>	<b>166</b>
	Hypersensibilité non spécifique et allergique.....	166
	L'allergie comme changement de rapport au monde.....	168
<b>2</b>	<b>CLÉMENTINE.....</b>	<b>168</b>
	Narration – Histoire de l'allergie.....	168
	L'attente du patient vis-à-vis de l'hypnose.....	170
	La séance d'hypnose.....	171
	Les changements dans la vie de Clémentine.....	176
<b>3</b>	<b>CE QUE M'A APPRIS CLÉMENTINE.....</b>	<b>178</b>
	La restructuration du rapport au monde.....	178
	Utiliser la créativité des patients.....	178
<b>4</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>179</b>

Chapitre 11 Hypnose et phobie dentaire.....	180
Lolita Mercadié	
1 PHOBIE.....	182
L'approche comportementaliste.....	183
L'approche cognitive.....	185
L'approche émotionnelle.....	186
2 MADEMOISELLE AÏA ET LE DENTISTE QUI FAIT PEUR, OU PAS.....	188
Quand l'environnement conditionne la peur du dentiste.....	188
Terreau de ressources pour culture de rassurance.....	190
Quand le cabinet dentaire devient un parc d'attraction.....	193
Quand on ne sait plus qui sait faire ce qu'il sait faire et qui n'est plus rassuré.....	193
Quand les graines de confiance se mettent à germer pour devenir de jolies fleurs.....	194
3 PROFONDEUR DE CHAMP.....	197
Netteté sur les stratégies thérapeutiques.....	197
Autre cadrage sur le sujet.....	198
4 BIBLIOGRAPHIE.....	199
Chapitre 12 Hypnose et douleur complexe.....	200
Frédérique Mohy	
1 PRÉSENTATION.....	202
Céphalées chroniques.....	202
Comorbidités psychiatriques.....	204
2 CLINIQUE : DES CÉPHALÉES CHRONIQUES REBELLES, INVALIDANTES.....	205
Première rencontre.....	205
Première séance.....	208
Seconde séance.....	209
Premiers jours d'hospitalisation.....	210
Quelques jours plus tard.....	212
3 DISCUSSION.....	216
4 QUELQUES AUTRES PISTES DE RÉFLEXION INSPIRÉES PAR CE CAS CLINIQUE.....	217
5 BIBLIOGRAPHIE.....	220
Chapitre 13 Exemple de prise en charge en dermatologie : la dermatite atopique.....	222
Thierry Sage	
1 DERMATITE ATOPIQUE ET STRUCTURE D'ATTACHEMENT.....	224
Cas clinique : Stéphanie.....	225
Histoire de Stéphanie.....	226
2 OBSERVATION PSYCHOLOGIQUE.....	227
Évaluation.....	228
Stratégie thérapeutique.....	230
Travail hypnotique réalisé avec Stéphanie.....	235
3 ÉVOLUTION ET CONCLUSION.....	239
Situation actuelle.....	239
Conclusion.....	240
4 BIBLIOGRAPHIE.....	242
Chapitre 14 Hypnose et troubles fonctionnels digestifs.....	244
Philippe de Saussure	
1 COMPRENDRE DES TROUBLES FONCTIONNELS DIGESTIFS.....	246
TFD : le contexte général.....	246
Comment aborder les TFD sous l'angle de l'hypnothérapie ?.....	247
Un rappel anatomique et physiologique.....	248
Comment se présentent les patients ?.....	249
Un contexte souvent difficile.....	250

<b>2</b>	<b>● QUELLE HYPNOTHÉRAPIE ?</b> .....	251
	Des preuves d'efficacité.....	251
	Principes de l'hypnose digestive dans la pratique.....	251
	Quatre catégories schématiques.....	252
	Quelle est votre conception de l'hypnothérapie ?.....	253
	Les techniques hypnotiques à disposition.....	254
	Quelques clés pour une approche ouverte.....	255
<b>3</b>	<b>● CAS CLINIQUE : ROMANE, 23 ANS</b> .....	256
	Rencontre, première séance d'hypnose.....	256
	La « goutte de miel ».....	257
	Le lâcher-prise « Brosseau ».....	258
	Métaphore idéo-dynamique.....	259
	Évolution.....	260
<b>4</b>	<b>● UN COMMENTAIRE RÉTROSPECTIF</b> .....	260
	Quelle dynamique de changement ?.....	260
	Le rôle de la relation.....	261
<b>5</b>	<b>● BIBLIOGRAPHIE</b> .....	262
Chapitre <b>15 Hypnose et fibromyalgie</b> .....		264
Chantal Wood		
<b>1</b>	<b>● COMPRENDRE LE DIAGNOSTIC DE FIBROMYALGIE</b> .....	266
	Que se passe-t-il dans cette pathologie ?.....	266
	Comment aborder l'hypnose pour ces patients.....	268
	Utiliser l'hypnose pour modifier la perception de la douleur.....	270
<b>2</b>	<b>● CAS CLINIQUE</b> .....	272
	Première séance.....	272
	Deuxième séance.....	274
	Par la suite.....	275
<b>3</b>	<b>● ANALYSE DE CE CAS CLINIQUE</b> .....	278
<b>4</b>	<b>● BIBLIOGRAPHIE</b> .....	280
Conclusion.....		281





# Liste des auteurs

Ouvrage dirigé par :

## **Antoine BIOY**

Professeur de psychologie clinique et psychopathologie sur l'université de Paris 8, Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie. Psychologue clinicien et psychothérapeute. Responsable scientifique du centre de formation et d'étude en Hypnose « Ipnosia » (ipnosia.fr). Responsable du DU d'hypnothérapie et du DIU d'hypnose médicale et clinique (université de Bourgogne). Expert scientifique auprès de l'UNESCO (chaire 918) et de la Fondation de France. Conseiller éditorial et scientifique de la revue « Transes ».

Avec la collaboration de :

## **Christine BERLEMONT**

Infirmière ressource douleur, administratrice de la SFETD (Société Française d'Évaluation et de Traitement de la Douleur). Formatrice à l'Institut français d'Hypnose. Membre du comité de pilotage et formatrice au centre de formation et d'étude en hypnose « Ipnosia » (ipnosia.fr).

## **Sophie COHEN**

Psychologue, rédactrice en chef de la revue « Hypnose et Thérapies Brèves ». Membre du conseil scientifique « Lutter Contre la Douleur ». Responsable pédagogique Hypnotim. Intervenante dans de nombreux instituts et au DU d'hypnothérapie de l'université de Bourgogne.

## **Sylvie COLOMBANI-CLAUDEL**

Médecin anesthésiste réanimateur, Institut Bergonié, Bordeaux. Responsable du DIU d'hypnose médicale de l'université de Bordeaux.

### **Rémi ETIENNE**

Infirmier en équipe mobile de soins palliatifs à l'Institut de Cancérologie de Lorraine à Vandœuvre-lès-Nancy (54) et hypnopratricien référent au sein de l'établissement. Formateur à l'Institut français d'Hypnose (Paris). Membre du comité de pilotage et formateur au centre de formation et d'étude en hypnose « Ipnosia » (ipnosia.fr).

### **Bertrand FAYARD**

Médecin généraliste en libéral (Dijon) et au Centre Georges François Leclerc (Dijon). Vice-président du Cercle d'HypnoThérapie de Bourgogne (CHTB). Formateur à l'Institut Français d'Hypnose.

### **Éric GIBERT**

Rhumatologue, Praticien Attaché Consultant en Rhumatologie et Neuro-radiologie à la Pitié-Salpêtrière (Paris). Secrétaire général de l'AFHYP.

### **Marie-Anne JOLLY**

Masseur kinésithérapeute en libéral à Lannion (22) et formatrice.

### **Jeanne-Marie JOURDREN**

Kinésithérapeute et hypnothérapeute en libéral (Lannion). Formatrice à l'IFH et au CHTIP.

### **Christian MARTENS**

Médecin Allergologue, exerce en libéral et à l'Institut Pasteur de Paris. Dirige la Société Française de Psycho-Allergologie. Président co-fondateur de l'Institut Milton H. Erickson Ile-de-France. Doctorant en Philosophie et Ethique. Membre du comité de pilotage et formatrice au centre de formation et d'étude en hypnose « Ipnosia » (ipnosia.fr).

### **Lolita MERCADIE**

Maître de conférences (université de Bretagne occidentale), docteur en psychologie cognitive. Responsable du DIU d'hypnose médicale et clinique, ainsi que du DIU de clinique et psychopathologie de la douleur (Brest). Membre du comité de pilotage et formatrice au centre de formation et d'étude en hypnose « Ipnosia » (ipnosia.fr).

**Frédérique MOHY**

Médecin algologue, praticien hospitalier à la consultation douleur de l'Hôpital Félix Guyon - CHU de la Réunion. Responsable du DIU d'hypnose médicale et clinique de l'université de la Réunion.

**Thierry SAGE**

Dermatologue, Docteur en psychologie clinique, Hypnothérapeute. Praticien attaché au CHU de Dijon et exerce libéral au Point Médical Dijon. Co-responsable du DIU « Hypnose médicale et clinique » et enseignant au DU « Hypnothérapie » de l'université de Bourgogne. Ancien chef de clinique de l'université de Lyon, ancien assistant des hôpitaux de Lyon.

**Philippe de SAUSSURE**

Médecin spécialiste en gastro-entérologie, hypnothérapeute, vice-président du Conseil de Fondation de l'Institut Romand d'Hypnose Suisse (IRHyS). Pratique libérale à Genève (Suisse).

**Chantal WOOD**

Médecin algologue, responsable du centre de la douleur chronique du CHU Dupuytren (Limoges). Intervenant au DU « Hypnose et thérapies brèves stratégiques et solutionnistes » (Limoges). Membre du comité de pilotage et formatrice au centre de formation et d'étude en hypnose « Ipnosia » (ipnosia.fr).

# Introduction

L'HYPNOSE EST MAINTENANT reconnue comme une méthode aux effets particulièrement riches dans le champ de la pratique clinique à la fois médicale, paramédicale et psychologique. Les processus qu'elle met en jeu sont globalement de trois ordres :

- *Relationnels* : la pratique de l'hypnose est un fait relationnel, c'est-à-dire qu'elle s'inscrit dans une rencontre, dont elle se nourrit mais qu'elle vient aussi nourrir de ce qu'elle mobilise, comme les mouvements empathiques.
- *De contexte* : l'hypnose à visée thérapeutique implique, dans le cadre d'une relation sécurisée (les soignants parlent plutôt de relation de confiance), que l'environnement du patient soit perçu différemment et devienne une sorte de matière glaise qui va être modifiée dans le sens des objectifs poursuivis. Cette méthode plonge le patient dans un bain perceptif généralisé qui lui permet de se reconnecter à ce qui est animé en lui, à la partie saine encore à l'œuvre, au Vivant.
- *Psychologiques* : il s'agit à la fois de données cognitives (attention, mémoire...), de données affectives (processus d'attachement...) et de processus psychiques comme la capacité de régression, celle de symbolisation et de jeu, etc.

Ces aspects, même s'ils sont parfois peu discernables pour un non spécialiste du psychisme, font cependant partie du mouvement de l'hypnose médicale en tant qu'ingrédients qui s'ajustent à la situation et aux caractéristiques de la rencontre. Et comme vous pourrez en juger aux situations cliniques présentées dans cet ouvrage, cela donne une richesse assez remarquable dans l'usage qui en est fait, au service du patient et de son entourage.

Je tiens à remercier les auteurs qui ont accepté de se livrer au difficile travail de dévoilement de leur pratique, et qui ont chacun participé au « projet caché » que je m'étais fixé : montrer combien le travail en hypnose est passionnant et pluriel, bien qu'il s'appuie sur une même colonne vertébrale : jeu avec la réalité dans le cadre d'une alliance de travail, influence des processus d'imagination créative, la transe comme « fluidifiant » de ces rouages thérapeutiques pour en faciliter le mouvement et les effets.

Et puis, la belle humanité de ceux qui en font usage ! Je suis persuadé que vous pourrez lire dans ces lignes le magnifique engouement des praticiens et l'authenticité généreuse de leur démarche.

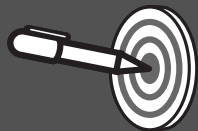
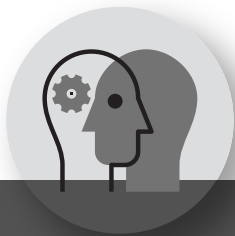
Très bonne lecture à chacun, en espérant que cet ouvrage pourra nourrir votre propre pratique, que vous pratiquiez déjà ou pas encore tout à fait l'hypnose !

Antoine Bioy

Chapitre **1**

# Hypnose et migraines

CHRISTINE BERLEMONT



## OBJECTIFS

- ▶ Comprendre les mécanismes des céphalées et de la migraine.
- ▶ Accompagner le patient à la mise en place de techniques d'hypnoalgésie.
- ▶ Autonomiser le patient à la pratique de l'autohypnose.

1	Les céphalées et migraines	16
2	Naele	19
3	Une migraine, une hypnose	25
4	Bibliographie	29

# 1 LES CÉPHALÉES ET MIGRAINES

Motif extrêmement fréquent de consultation, les céphalées sont une pathologie touchant de nombreuses personnes à tout âge. Pour permettre de déterminer de quel type de céphalée souffre le patient, il existe une classification internationale des céphalées (ICHD-II)<sup>1</sup>. Les céphalées primaires ou primitives comportent la migraine, la céphalée de type tension et l'algie vasculaire de la face. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)<sup>2</sup> classe la maladie migraineuse au 20<sup>e</sup> rang des maladies ayant un impact sur le handicap et l'altération de la qualité de vie et parmi les 10 premières maladies dans la population féminine<sup>3</sup>. L'OMS estime que la prévalence est estimée à environ 50 % pour la population de 18 à 65 ans et 30 % pour la migraine.

Les céphalées sont donc une affection courante pouvant avoir des impacts sur la qualité de vie, dans les sphères personnelles, professionnelles, sociales. Il n'existe pas de profil type de patients touchés par ce type de douleurs, même si la piste génétique des migraines est à ce jour établie. Les céphalées restent des pathologies multifactorielles et interactives avec les facteurs environnementaux du patient.

## Définitions

- La céphalée de tension se caractérise par des maux de tête bilatéraux pouvant devenir chroniques. Elle ne s'accompagne pas ou peu de troubles digestifs et une photophobie ou phonophobie.
- La migraine du grec *emikranion* (douleur touchant la « moitié du crâne ») est un type de céphalée chronique fréquent et invalidant. Elle se caractérise par des maux de tête unilatéraux associés ou non à des auras. Elle s'accompagne de symptômes comme des nausées, parfois des vomissements, une phonophobie et une photophobie.

1. ICHD-II : *the International Classification of Headache Disorders*, 2<sup>e</sup> éd., Cephalalgia, 24-1, 2004.  
2. L'Organisation Mondiale de la Santé est une institution spécialisée des Nations Unies (ONU) pour la santé publique, créée en 1948.  
3. *Céphalées*, aide-mémoire n°277, avril 2016, OMS.



## Céphalées de type tension

La céphalée de type tension est la plus courante. Elle se présente soit sous une forme épisodique (crise de quelques heures à quelques jours) soit sous une forme chronique (>15 jours par mois depuis au moins 3 mois). Elle se déclare souvent au moment de l'enfance et de l'adolescence et affecte autant les hommes que les femmes. Tout à chacun peut présenter une céphalée épisodique au cours de sa vie. Quand elle se chronicise, elle devient une céphalée chronique quotidienne (CCQ) et impacte la qualité de vie ; cet impact a été peu étudié.

La céphalée est souvent décrite comme une « pression en forme de bandeau » autour de la tête ; qui irradie du cou jusqu'à la tête ou se diffuse de la tête au cou. L'établissement des caractéristiques permet de poser le diagnostic. Ainsi la personne devra présenter au moins deux<sup>4</sup> caractéristiques suivantes : une topologie bilatérale, une tonalité comme une « pression » ou un « étou », une intensité légère à modérée et pas d'aggravation par l'effort physique de routine. Si les mécanismes physiopathologiques sont mal connus, des facteurs comme le stress et les problèmes musculo-squelettiques localisés au niveau cervical font partie des mécanismes d'apparition. La plupart des personnes souffrant de crises épisodiques ne consultent pas et font appel à l'automédication. Quand la chronicité s'installe, la personne sera en recherche d'une aide à la prise en charge médicamenteuse et/ou non médicamenteuse. La consommation des médicaments est un critère indispensable à explorer, la chronicité pouvant amener le patient à un mésusage et/ou une surconsommation des antalgiques. La céphalée chronique devient alors une céphalée par abus médicamenteux.

La première étape est donc de déterminer, par les critères précis, le diagnostic de céphalée de tension ainsi que le caractère chronique ou non de cette pathologie. L'évaluation des caractéristiques (modalités apparition, durée, présence de stress physiques et/ou psychologiques, de troubles musculo-squelettiques<sup>5</sup>) ainsi que l'évaluation de l'altération de la qualité de vie vont permettre de proposer des stratégies de prise en charges médicamenteuses et non médicamen-

---

4. Geraud G., Fabre N., Lantéri-Minet M., Valade D., *Les céphalées en trente leçons*, Paris, Masson, 2009, p. 136.

5. Les troubles musculo-squelettiques recouvrent un large éventail de pathologies touchant les tissus mous à la périphérie des articulations. Ils résultent d'un déséquilibre entre les capacités fonctionnelles de la personne et des sollicitations qui apparaissent dans un contexte de travail sans possibilité de récupération suffisante.  
[travail-emploi-gouv.fr/santé au travail/prévention-des-risques/troubles-musculo-squelettiques-tms](http://travail-emploi-gouv.fr/santé%20au%20travail/prévention-des-risques/troubles-musculo-squelettiques-tms)

teuses. L'hypnose peut avoir de multiples objectifs : améliorer une adaptation au stress, permettre au patient une remise en mouvement de la zone trop contracturée, modifier les sensations douloureuses... L'évaluation globale et complète de la douleur va permettre au thérapeute de proposer une pratique de l'hypnose personnalisée. Les informations fournies par le patient vont permettre au thérapeute d'élaborer des suggestions ciblées (objectif(s) de la prise en charge). D'autant que le patient utilise des images métaphoriques pour décrire sa douleur, il sera plus aisé d'axer le travail hypnotique et l'usage des images métaphoriques et des métaphores.

Comme pour toute prise en charge de la douleur par hypnoalgésie, l'alliance thérapeutique permettra de passer les résistances, d'observer les progrès réalisés qui vont alors augmenter la confiance du patient en ses capacités de « faire face ». L'apprentissage de l'autohypnose est un objectif de la prise en charge des céphalées.



### La céphalée au décours de la consultation

Mme Catherine consulte dans un centre d'évaluation et de traitement de la douleur pour des douleurs touchant les épaules. Elle est orientée par le médecin spécialisé vers l'infirmière ressource douleur pour débiter un traitement par neurostimulation transcutané. Au cours de l'entretien, l'infirmière ressource douleur reprend l'évaluation de la douleur et la patiente évoque alors des céphalées qu'elle dit avoir « depuis toujours » et pour lesquelles aucune évaluation, ni prise en charge spécifique n'ont été réalisées ni mises en place. L'infirmière ressource douleur transmettra cette donnée au médecin. Cette douleur chronique fera l'objet d'un entretien dédié afin de déterminer la fréquence, la durée, l'efficacité des médicaments et l'exoration des ressources de la patiente pour un complément par une thérapie non pharmacologique.

### La migraine

La migraine fait partie des céphalées primitives pouvant apparaître dès l'enfance et à prédominance féminine au moment de la puberté (influence des hormones féminines). Elle se caractérise par des crises récurrentes dont la fréquence varie au cours de l'année, pouvant amener la migraine à devenir chronique. Dans ce cadre, les douleurs de la migraine chronique et de la céphalée chronique quotidienne s'intriquent très souvent.

La douleur violente et pulsatile est évoquée par les patients ainsi que la nécessité de s'extraire de la vie quotidienne en s'isolant dans le noir et le calme. Cette douleur est déclenchée par l'activation d'un mécanisme dans les profondeurs du

cerveau qui provoque la libération de substances inflammatoires, engendrant la douleur, autour des nerfs et des vaisseaux sanguins de la tête. Les crises ont été décrites par plusieurs critères<sup>6</sup> : une intensité douloureuse modérée à sévère, une douleur unilatérale et/ou pulsatile, aggravée par les activités physiques habituelles, peut durer de quelques heures à 2 ou 3 jours. À noter la possibilité de présence d'une aura, symptôme neurologique transitoire, qui peut être visuel, sensitif, verbal.

### L'hypnose comme pratique psychocorporelle

Les méthodes psychocorporelles se définissent comme « l'ensemble des approches psychothérapeutiques partant du corps ou se servant du corps comme médiation mais aussi, plus largement des méthodes impliquant un travail corporel à visée psychothérapeutique, prophylactique et préventive<sup>7</sup> ». L'hypnose permet une gestion des composantes émotionnelles et sensorielles voire cognitives de la douleur ressentie par le patient. L'hypnose offre des multiples possibilités d'amélioration : en abordant le symptôme corporel (lors du moment de crise ou même en dehors de la crise), en améliorant les facteurs stressants qui peuvent être déclencheurs par exemple. Par sa possibilité de prévention de crises douloureuses, la prise en compte de la globalité du problème patient et l'importance de la relation thérapeutique, l'hypnose peut être considérée comme une pratique intégrative<sup>8</sup>.

## 2 NAELLE

Quand cette jeune femme de 17 ans entre dans mon bureau, elle a choisi d'être accompagnée par sa maman. Aux portes de l'âge adulte, Naelle est grande, mince, avec la démarche quelque peu hésitante des adolescents. Elle hésite à me regarder, son regard est tranquille, et le premier contact timide. Elle souffre depuis des années de maux de tête tout comme sa mère et sa grand-mère. Durant le premier entretien, elle s'exprime peu, semble réservée. Si la gen-

6. ICHD-II : *the International Classification of Headache Disorders*, 2<sup>e</sup> éd., Cephalalgia, 24-1, 2004, p. 9-160.

7. Celestin-Lhopiteau I, Thibault-Wanquet P, *Guide des pratiques psychocorporelles*, Paris, Masson, 2006, p. 256.

8. La médecine intégrative est une médecine axée sur la guérison, qui tient compte de la personne dans son ensemble (corps, esprit et âme), incluant tous les aspects du mode de vie. Elle met l'accent sur la relation thérapeutique et a recours à toutes les thérapies appropriées, tant conventionnelles que complémentaires.

tillesse et l'intelligence émanent de cette jeune femme, je ressens qu'elle ne donne pas sa confiance facilement.

## L'entretien initial

La demande de prise en charge par hypnoanalgésie émane de la maman suite à une consultation dans un centre de la migraine. Cette dernière travaille dans le milieu de la santé et est très ouverte aux thérapies non pharmacologiques. Le médecin adresseur du centre de la migraine, qui a réalisé le diagnostic de migraine, a proposé un traitement de crise et préconisé une prise en charge non pharmacologique. Pour raison d'éloignement du centre de la migraine, la maman a cherché, dans une structure de prise en charge de la douleur, l'offre de soins non pharmacologique conseillée.

Le premier rendez-vous a lieu dans mon bureau d'infirmière et se compose de deux temps : temps dédié à la maladie et un temps dédié à l'hypno-analgésie. L'entretien avec Naelle commence par évaluer les caractéristiques de sa migraine (apparition, sensations, durée des crises, temporalité, facteurs déclenchants, améliorants...), l'impact dans sa vie quotidienne (jours d'absence scolaire, incapacités à réaliser les actes de la vie quotidienne...). Depuis plusieurs mois, la fréquence des crises a augmenté, et l'intensité est devenue plus forte. Naelle ne peut aller en cours certains matins ou y rester quand la crise se déclenche. Cependant, le niveau scolaire et les résultats se maintiennent, Naelle est une lycéenne studieuse. L'observance thérapeutique des traitements mis en place ainsi que leur efficacité m'apprend que Naelle attend que la crise soit intense pour prendre ses antalgiques. Elle n'aime pas trop les médicaments ; peut-être influencée par sa mère qui me confirme que « moins d'antalgiques il y a, mieux c'est ». Je pars à la recherche des ressources de Naelle (loisirs, envies...) et le recueil de ses attentes. Naelle dessine beaucoup et lit énormément, son monde est riche et imagé. Elle ne pratique peu ou pas d'activités sportives. Elle aime la musique comme la plupart des adolescents. L'histoire familiale m'apprend que les femmes de la famille souffrent de migraine, une forme de fatalisme s'exprime par le biais de la mère « c'est ainsi pour toutes les femmes de la famille ».

Durant l'entretien, un temps est aussi consacré à un échange autour de l'hypnoanalgésie pour recueillir les idées préconçues, représentations et croyances. Naelle n'a pas d'avis particulier, ni de crainte. Elle ne connaît l'hypnose que par le biais des médias (hypnose de spectacle ou de rue). Elle se dit prête à essayer

avec moi. Sa mère est beaucoup plus motivée, elle y croit et pense que cela va améliorer la vie de sa fille.

Enfin, l'entretien permet aussi de prendre une première mesure de la motivation de la patiente, d'estimer sa capacité d'apprentissage et d'expliquer les modalités de prise en charge (le nombre de séances, le rythme). La conclusion de cet entretien est de pouvoir dégager les premiers objectifs en restant dans le réalisable. Je propose à Naelle qu'au prochain rendez-vous nous fassions une séance d'hypnose-test et suggère le lieu de sécurité<sup>9</sup> (ou « *safe place* »).

L'entretien terminé, même si les échanges ont été cordiaux, la réserve de Naelle me fait douter de son envie et de son implication.

## Premières séances

La première séance se déroule seule avec Naelle. La maman est restée en salle d'attente.

Le jour de la consultation, Naelle me dit qu'elle a « un peu mal à la tête ». J'avais prévu de réaliser une séance d'hypnose classiquement autour d'un lieu de sécurité pour lui faire découvrir l'hypnose. Devant la présence de la douleur, je lui propose d'emblée d'améliorer ses ressentis douloureux par la technique de la réification de la douleur. Cet exercice permet de travailler le symptôme douloureux, de chercher des améliorations et de rassurer le patient quant à ses capacités de contrôle voire d'amélioration. La séance démarre par une induction par focalisation du regard, Naelle ne ferme les yeux qu'après un certain temps. La réification lui permet de percevoir le caractère intriqué de la sensation de migraine et celle de céphalée de tension. Elle décrit comme un « bandeau » qui lui enserre la tête, avec dans le fond un « bruit pulsatile ». Elle perçoit aussi son corps et la rigidité qu'il peut avoir. Je l'aide à chosifier cette douleur en utilisant le « concept 3 D » : se connecter à sa douleur et en déterminer une forme, un poids, une étendue et localisation, une taille, une couleur, etc.

---

9. Le lieu de sécurité : (ou *safe place* en anglais) est un endroit de sécurité, pas forcément de détente. Technique essentielle dans la pratique d'hypnose, elle vise à augmenter, créer, développer un sentiment de sécurité de sécurité interne pour le patient. Il est important de prendre le temps pour mobiliser tous les sens afin que le patient puisse retrouver des éléments rassurants.

Le « concept 3 D » : après une induction, proposer au patient de percevoir la zone douloureuse comme s'il regardait un objet : focalisation de l'attention sur le symptôme. Guider le patient en lui suggérant de « regarder » dans les trois dimensions cet objet et l'aider à le décrire par des questions (quelle forme à cet objet : rond, carré, ovale ? Quelle étendue ? Est-il accroché ou mobile ? A-t-il une couleur ? Combien pèse-t-il ? Est-il léger ou lourd ? Etc.) et si le patient n'arrive pas à visualiser l'objet, l'aider en lui suggérant deux ou trois possibles. Certains patients n'arrivent pas à visualiser, il convient de ne pas insister et travailler autour de ce qui est ressenti (la couleur, l'aspect, l'étendue) Après avoir visualisé l'objet, demander au patient ce qui est pour lui le plus inconfortable puis lui proposer de modifier cet inconfort. Les suggestions de modifications se doivent être des propositions qui permettent au patient de trouver SA solution : « peut être pouvez-vous rendre l'objet plus léger en lui accrochant des ballons, ou en trouvant un moyen de le soulever ou encore en le délestant ou encore autre chose que je n'ai pas nommé... » puis demander au patient de vérifier l'amélioration. Il est possible de faire une suggestion post-hypnotique pour que le confort obtenu reste présent aussi longtemps que nécessaire voire associé à un ancrage pour que ce confort revienne rapidement dès que la personne fera un geste, une respiration.

Ensuite je l'incite à rechercher ce qu'elle souhaite modifier. Devant ses hésitations, je lui propose un éventail de possibles. Elle teste la possibilité de relâcher le bandeau mais ce n'est pas satisfaisant, puis l'application de froid sur les zones temporales, là non plus peu d'amélioration, par contre modifier la couleur de la douleur lui paraît plus facile. Il apparaît très clairement que le travail autour des couleurs améliore la sensation perçue plutôt que des modifications autour de sensations (le froid) ou un travail direct sur le percept douloureux. Je propose alors à Naelle de continuer en l'emmenant dans un lieu de sécurité et de traverser un arc-en-ciel afin de déterminer quelles couleurs vont pouvoir l'aider. Je lui suggère de choisir une couleur de détente, une couleur antalgique, une couleur énergisante. Le retour de la transe se fait en douceur, le mal de tête est apaisé. Naelle exprime sa surprise toujours avec réserve !

Au cours du deuxième rendez-vous, le travail sur les couleurs est poursuivi avec un ancrage en fin de séance pour aider à la mise en place de l'autohypnose. Naelle me paraît plus investie et plus détendue. D'ailleurs après la séance d'hypnose, elle me parle de visions qu'elle peut avoir. Cependant, ces visions ne rentrent pas dans le cadre d'aura migraineuse. Elle évoque aussi des cauchemars peuplés de morts. Interpellée par ses propos et avec son accord, il est alors