

*Ce document numérique est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier.*

*Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.*

*D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.*

*L'Institut Français d'Hypnose a pris soin de demander son accord à l'auteur avant de diffuser ce document sur son site :*

*<http://www.hypnose.fr>*



# **HYPNOSE ET KINÉSITHÉRAPIE :**

## **PRISE EN CHARGE D'UNE CERVICALGIE**

Diplôme universitaire Hypnose Médicale et Clinique

Année Universitaire 2013-2014

Université de la Réunion

**Benjamin CARUGATI**

Directeur de mémoire : **Antoine BIOY**

## **REMERCIEMENTS :**

A Arnaud GOUCHET, Isabelle CELESTIN-LHOPITEAU et Antoine BIOY, ainsi qu'à toute l'équipe pédagogique du D.U.

## **TABLE DES MATIERES :**

<b>1. Introduction</b> .....	p 4
<b>2. Revue théorique des travaux et Problématique</b> .....	p 5
<b>2.1. L'hypnose</b> .....	p 5
2.1.1. Le processus hypnotique.....	p 5
2.1.2. La communication hypnotique.....	p 5
2.1.3. Etapes d'une séance d'hypnose.....	p 6
<b>2.2. Considérations cliniques à propos de la douleur et de l'hypnose en douleur</b> .....	p 7
2.2.1. Hypnose et douleur aiguë.....	p 7
2.2.2. Hypnose et douleur chronique.....	p 9
<b>2.3. Les cervicalgies d'origine discale</b> .....	p 10
2.3.1. Définition de l'hernie discale.....	p 10
2.3.2. La symptomatologie discale.....	p 10
<b>2.4. La kinésithérapie</b> .....	p 11
2.4.1. Définition et champ d'application.....	p 11
2.4.2. Kinésithérapie et douleur.....	p 12
2.4.3. Le traitement des cervicalgies d'origine discale en kinésithérapie.....	p 13
<b>2.5. Utilisation de l'hypnose en kinésithérapie</b> .....	p 14
<b>2.6. Problématique</b> .....	p 14
<b>3. Méthodologie de la recherche</b> .....	p 15
<b>3.1. Description de la population</b> .....	p 15
<b>3.2. Présentation du cadre de la rencontre</b> .....	p 15
<b>3.3. Présentation du patient</b> .....	p 15
<b>4. Résultats et données cliniques</b> .....	p 17
<b>4.1. Présentation du déroulé des entretiens</b> .....	p 17
<b>4.2. Exposé des observations cliniques</b> .....	p 24
<b>5. Discussion théorico-clinique</b> .....	p 27
<b>5.1. Rappel de la problématique</b> .....	p 27
<b>5.2. Confrontation des observations à la problématique</b> .....	p 27
<b>5.3. Discussion éthique</b> .....	p 29
<b>5.4. Apport de l'étude</b> .....	p 30
<b>6. Conclusion</b> .....	p 31
<b>7. Bibliographie</b> .....	p 33
<b>8. Résumé et mots-clefs</b> .....	p 34

# **1. INTRODUCTION**

En 2013, suite à un problème de santé, j'ai été obligé de modifier mon rythme et ma façon de travailler. Je me suis donc tourné vers des techniques moins contraignantes physiquement. C'est dans cette recherche de diversification que j'ai découvert l'hypnose. Ma rencontre avec l'hypnose s'est faite de manière plus ou moins fortuite car c'est une amie, connaissant ma situation, qui m'a parlé de cette formation. En apprenant l'existence du D.U, j'y ai vu une opportunité d'aborder autrement mes patients, cependant je ne me doutais pas de l'importance que cela allait prendre dans mes prises en charges. Je connaissais bien sûr l'hypnose spectacle et ses représentations populaires, mais je savais également quelle était utilisée dans le domaine médical sans en connaître l'étendue des applications.

Lors de ma formation je me suis rendu compte à quel point l'hypnose pouvait m'être utile dans mes traitements en kinésithérapie, dans la relation avec les patients mais aussi dans le traitement des douleurs chroniques auxquelles nous sommes régulièrement confrontés et qui sont bien souvent semées d'embûches et d'impasses. Elle arrivait comme un outil supplémentaire à toutes mes techniques, capable de débloquer des situations difficiles.

Les rééducations du rachis, et notamment du rachis cervical (10% des actes), rentrent pour une bonne part dans l'activité d'un cabinet libéral. Le cas présenté dans cette étude est donc représentatif de mon activité et des difficultés qui y sont liées.

J'ai vu madame T. pour la première fois alors que ma formation n'était pas finie. Dès notre première rencontre, il m'est apparu très rapidement que l'hypnose pouvait lui être utile. Par manque de confiance en moi, je n'ai pas osé lui en parler tout de suite. Ce n'est qu'au deuxième rendez-vous que j'ai abordé le sujet. Malgré son intérêt nous en sommes restés là. C'est au troisième rendez-vous, et suite à une émission sur l'hypnose médicale vue à la télévision, qu'elle se décide à tenter l'expérience.

Madame T. a été ma première patiente traitée en hypnose dans le cadre de mon travail. C'est donc la prise en charge qui a soulevé le plus d'interrogations chez moi (notamment quels vont être les bénéfices pour la patiente, la confiance en mes capacités et quel chemin prendre ou quelles techniques utiliser pendant les séances d'hypnose, ou encore comment mettre en pratique dans mon quotidien ce que je suis en train d'apprendre) mais qui m'a aussi permis de me rassurer et de prendre confiance en moi. Je me demande encore lequel des deux a le plus aidé l'autre.

## **2. REVUE THÉORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLÉMATIQUE**

### **2.1. L'hypnose**

L'hypnose peut être considérée comme un état modifié de conscience induit chez une personne et utilisée dans le but de guérir. Mais il serait réducteur de s'en tenir là.

Dans "L'aide-mémoire d'Hypnose"(1), elle est définie ainsi :

" Etat de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi."

Ce n'est donc pas seulement l'état modifié de conscience dans lequel le sujet est placé dont il s'agit, mais également la relation avec le thérapeute et la disponibilité dont il fait preuve à ce moment là.

#### **2.1.1. Le processus hypnotique**

Le processus hypnotique se détache en plusieurs phases (1) :

1. Fixation sur le symptôme, où le sujet est focalisé sur son problème, sa douleur.
2. L'induction qui va induire le changement de perception
3. La dissociation (l'entrée dans un autre type de perception)
4. Le développement de la perception ("perceptude"). Le sujet est alors dans une perception élargie, plus sensible au mouvement, au changement.
5. Le retour à l'état ordinaire de conscience.

#### **2.1.2. La communication hypnotique (2)**

La relation patient/thérapeute est donc centrale lors d'une séance d'hypnose. Elle va permettre de replacer le patient en tant que sujet, de favoriser l'ouverture au processus hypnotique, mais aussi de créer un environnement positif.

- L'ajustement :

Il permet au thérapeute de s'harmoniser avec le patient. Il se fait par le langage en cherchant à s'exprimer de la même façon que lui, en reprenant ses mots et son style sensoriel. Mais il se fait également par le langage non verbal où le thérapeute va s'inspirer de la gestuelle et de la posture du patient.

- Mises en valeur des ressources du patient :

Le thérapeute incite le patient à aller puiser dans ses ressources, ses expériences et ses compétences afin d'induire le changement.

### **2.1.3. Etapes d'une séance d'hypnose**

- ❖ La prise de contact :

Elle amorce l'alliance thérapeutique entre le patient et l'hypnoterapeute. Durant cette prise de contact ils vont définir des objectifs réalisables et l'hypnoterapeute commence à repérer le style sensoriel et les centres d'intérêt du patient.

- ❖ L'induction :

Elle a pour but de changer la sensorialité. Par focalisation de l'attention (de l'extérieur vers l'intérieur) elle permet au patient de se centrer sur lui-même et de se détacher du symptôme.

- ❖ le travail en hypnose :

C'est lors de la phase de travail que le thérapeute utilise les suggestions et les métaphores. Le patient en transe hypnotique est plus sensible aux propositions qui lui sont faites. Et celles-ci seront d'autant plus efficaces qu'elles lui sont adaptées.

- les suggestions directes (où le thérapeute énonce clairement son intention) sont le plus souvent utilisées lors de l'induction, en situation d'urgence ou lors du retour. En revanche, celles-ci peuvent entraîner des résistances si elles vont à l'encontre de la volonté du patient.
- Les suggestions indirectes, dont le but recherché est implicite ou exprimé de façon permissive, contournent les résistances du patient. Elles sont plus utilisées que les suggestions directes car elles donnent le choix, ou l'impression du choix au patient et sont donc bien mieux acceptées.
- Les suggestions post-hypnotiques proposent un acte postérieur à la séance, en état ordinaire de conscience, l'effet d'une suggestion qui perdurera après la séance.

- Les métaphores, outil essentiel en hypnose, peuvent être une simple image ou un récit construit, mais toujours en relation avec l'histoire du patient, sa souffrance et sa façon de s'exprimer. La meilleure métaphore est celle apportée par le patient.

❖ L'autohypnose :

A la fin d'une séance, le thérapeute peut proposer au patient de pratiquer l'autohypnose en dehors des rencontres s'il lui semble que cela peut lui être utile.

Grace à celle-ci, le patient a la possibilité de prolonger le travail effectué avec le thérapeute, en reproduisant le cheminement utilisé pendant les séances.

L'hypnose devient un outil également pour le patient, qu'il peut utiliser au moment qu'il trouve le plus opportun.

## **2.2. Considérations cliniques à propos de la douleur et de l'hypnose en douleur**

L'IASP (International association for the study of pain) définit l'hypnose comme :  
" une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion."

La douleur prend donc en compte deux composantes, sensorielle et émotionnelle, et l'hypnose donne la possibilité de prendre en charge les deux. Elle module l'intensité de la sensation douloureuse et la composante émotionnelle.

### **2.2.1. Hypnose et douleur aiguë (1)**

Le patient confronté à une douleur aiguë est totalement focalisé sur celle-ci. Il est déjà en "transe hypnotique physiologique". De plus, il a souvent peur, ce qui ne fait qu'amplifier le vécu de la douleur.

Face à une douleur aiguë, il est important que le thérapeute fasse une bonne évaluation des attentes du patient, afin de modifier ses croyances, pour lui permettre d'adhérer à sa prise en charge et d'augmenter les effets de son traitement.

L'hypnose conversationnelle (en formulant des phrases plutôt à l'affirmative, en utilisant des recadrages sémantiques et le saupoudrage en lien avec l'analgésie et le calme)

permet de créer un environnement favorable à l'acceptation des suggestions qui seront proposées au patient.

En prenant en compte ces deux éléments le thérapeute peut utiliser différentes techniques :

❖ La distraction :

Cette technique consiste à détourner l'attention du patient pour qu'il ne se focalise plus sur sa douleur, en le rendant actif ou attentif à ce qui peut se passer en dehors du soin et de sa souffrance.

Cette technique n'est pas considérée comme de l'hypnose mais peut, dans un premier temps, être une aide pour passer à de l'hypnose en tant que telle.

❖ La détente :

Même si elle n'est pas facile à utiliser chez les patients douloureux, la détente peut être suggérée en demandant d'imaginer un lieu apprécié et confortable.

❖ Déplacement et notion du temps :

La première technique consiste à proposer au patient de déplacer sa douleur vers un endroit plus confortable.

Dans la deuxième, il est demandé au patient de visualiser le moment où sa douleur changera, ou deviendra plus confortable.

❖ Les suggestions d'analgésies :

Il en existe quatre types

• Les suggestions de dissociation :

Il est demandé au patient de se rendre par l'imagination dans un endroit qui lui est agréable, ou de revivre un souvenir qu'il affectionne particulièrement.

• Les suggestions d'anesthésie :

Il s'agit de créer l'anesthésie d'une partie du corps en faisant appel à une expérience antérieure. Elle peut concerner la partie douloureuse, ou alors une autre partie du corps qui sera ensuite posée sur la partie douloureuse afin de propager l'anesthésie (gant magique).

• Les suggestions axées sur la réinterprétation de la sensation douloureuse :

Cette réinterprétation peut être faite à partir de la métaphore apportée par le patient, en modifiant la sensation vers quelque chose de plus acceptable, en modifiant les caractéristiques d'une représentation de cette douleur, ou en substituant la sensation douloureuse par une autre sensation.

- Les suggestions de mise en situation de la douleur :

Il est demandé au patient une représentation de la douleur puis une représentation du soulagement qui sont mis en présence l'un de l'autre. Bien souvent il y a confrontation et le soulagement prend le dessus. Cet exercice peut être travaillé en auto hypnose.

### **2.2.2. Hypnose et douleur chronique**

Le traitement de la douleur chronique ne peut pas se concentrer uniquement sur la sensation douloureuse mais doit intégrer les composantes affective, cognitive et comportementale de la douleur (3). Il aura une plus grande efficacité en utilisant des suggestions liées directement au symptôme mais aussi des suggestions liées aux répercussions émotionnelles de la douleur et de la maladie (3).

Dans les douleurs chroniques, comme dans les douleurs aiguës, le patient est en transe hypnotique négative. Mais, en dehors des épisodes douloureux, il se retrouve dans une anticipation anxieuse de la prochaine crise et de la douleur, ce qui modifie son rapport à son environnement et amplifie la sensation douloureuse lorsqu'elle arrive.

Le thérapeute doit donc prendre en charge son symptôme mais également la part émotionnelle en travaillant sur le stress, en réduisant le catastrophisme et en lui apprenant à affronter la douleur (utilisation des apprentissages et des ressources du patient).

L'apprentissage de l'autohypnose sera un élément essentiel du traitement de la douleur chronique, le patient pourra l'utiliser le moment voulu.

Techniques autour du symptôme (1) :

- ❖ Réduction de la douleur

Il va être proposé au patient de réduire l'intensité de sa douleur en la fractionnant, en la divisant ou en utilisant des images quantitatives.

- ❖ Distorsion du temps

- ❖ L'utilisation d'une autre partie du corps non douloureuse

❖ L'utilisation des métaphores du patient

En partant d'une métaphore du patient, le thérapeute la fait évoluer, change son aspect ou sa taille afin d'arriver à quelque chose de plus acceptable. Le fait que la métaphore soit apportée par le patient est d'autant plus efficace.

❖ L'apprentissage du contrôle de la douleur

Le patient fait l'apprentissage du contrôle d'une douleur qui n'est pas sa plainte, ce qu'il pourra transférer à sa douleur.

❖ La suggestion post hypnotique

## **2.3. Les cervicalgies d'origine discale**

### **2.3.1. Définition de l'hernie discale**

Les corps vertébraux sont unis entre eux par des disques intervertébraux. Ce disque est constitué de trois parties, l'une périphérique, l'anneau fibreux (annulus fibrosus), l'autre centrale, le noyau pulpeux (nucleus pulposus), et la troisième correspondant à la plaque cartilagineuse.

Avec l'âge (après 25 ans), le disque intervertébral tend à se fissurer, ce qui peut être considéré comme usure normale et le plus souvent asymptomatique. La diminution de hauteur du disque peut favoriser son renflement dans le canal cervical, ou la formation d'une saillie postérieure, entraînant ainsi des symptomatologies radiculaires.

### **2.3.2. La symptomatologie discale (4)**

Signes généraux :

- La symptomatologie est majorée au réveil (réhydratation du disque) et le soir (insuffisance discale).
- Les douleurs sont mal systématisées, irradiantes dans la région cervico-scapulaire
- Les positions de flexion globale ou d'antéposition de la tête majorent les symptômes.
- Les efforts de toux entraînent une recrudescence des signes douloureux.
- le test de "spurling" (compression dans l'axe de la tête) tend à majorer les symptômes.

Signes radiculaires :

- sensitifs :
  - C2-C3 : région occipitale, temporale ou frontale
  - C3-C4 : région occipitale et nuque
  - C4-C5 : dessus de l'épaule
  - C5-C6 : face externe du bras
  - C6-C7 : face postérieure du bras et de l'avant bras jusqu'au médus et au pouce
  - C8-T1 : cinquième doigt, face interne de l'avant bras
  
- Moteurs :
  - C4 : élévation de l'épaule
  - C5 : abduction du bras
  - C6 : flexion du coude
  - C7 : extension du coude
  - C8 : extension du pouce
  - T1 : abduction/adduction des doigts (intrinsèques)
  
- Reflexes :
  - C5 et C6 : biceps brachial
  - C7 : triceps brachial

## **2.4. La kinésithérapie**

### **2.4.1. Définition et champs d'application**

Le mot kinésithérapie vient du grec "Kinêsis" qui veut dire mouvement et "Therapeia" qui veut dire soin, cure. La traduction littérale serait donc: le soin par le mouvement.

Le CNOMK (conseil de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes) en donne une autre définition:

"La masso-kinésithérapie (physiothérapie) est une discipline de santé, une science clinique de l'humain et un art. Elle est centrée sur le mouvement et l'activité de la personne.

La masso-kinésithérapie, exercée dans un but thérapeutique ou non, intervient à partir d'un diagnostic kinésithérapique et de l'évaluation concomitante à l'acte, notamment au moyen de techniques éducatives, manuelles ou instrumentales. Elle favorise le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale, la gestion du handicap et le mieux être des personnes." (CNOMK 2008) (5)

Le kinésithérapeute s'occupe donc non seulement du corps, mais aussi de la santé psychique et sociale des personnes. Il ne doit pas seulement considérer ses patients comme des machines biologiques, mais doit s'attacher à les appréhender dans leur globalité. Si son but est de rééduquer une déficience, une incapacité ou un handicap, cela ne peut se faire sans prendre en compte l'environnement psychologique et social de son patient. Ce sont des éléments qu'il doit intégrer dans son approche de la relation soignant/soigné et sa thérapie.

La kinésithérapie intervient dans des pathologies très variées comme les affections respiratoires, rhumatologiques, traumatologiques, neurologiques, ou urologiques, chacune apportant leur lot de souffrance physique et psychique. Si l'éventail de ces pathologies est large, les affections rachidiennes rentrent pour une bonne part dans l'activité d'un cabinet libéral, et l'exemple choisi pour ce mémoire en est assez représentatif. Environ 30% des actes de masso-kinésithérapie, toutes pathologies confondues, sont en rapport avec une rééducation du rachis et la rééducation de rachis cervical représente environ 10% des actes (6).

Le kinésithérapeute a également un rôle éducatif. Il donne au patient la conduite à tenir (par l'éducation thérapeutique) mais aussi des exercices afin de prévenir les récives. Si une grande partie du travail est fait pendant les séances, il incite également le patient à réaliser des exercices chez lui, pendant la prise en charge (adaptés suivant l'évolution du traitement) mais aussi après.

#### **2.4.2. Kinésithérapie et douleur**

Comme tout professionnel de santé, les kinésithérapeutes se trouvent constamment confrontés à la douleur des patients. Nous sommes capables de la diminuer ou de la faire disparaître dans les traitements antalgiques, mais parfois nous les générons. De par nos actes répétitifs mais nécessaires à la rééducation, nous en sommes les déclencheurs. La douleur est donc une ennemie avec laquelle nous devons composer en permanence.

### **2.4.3. Le traitement des cervicalgies d'origine discale en kinésithérapie**

L'approche kinésithérapique du traitement des cervicalgies d'origine discale se fait par différentes techniques, souvent associées les unes aux autres, suivant le ressenti et les possibilités du patient, mais aussi l'évolution de la pathologie. Le but de ces techniques étant de soulager les douleurs du patient et de prévenir les récurrences.

En voici donc une liste, non exhaustive, mais représentative de ma pratique :

- le massage
- les techniques de mobilisations articulaires
- les techniques myotensives
- le renforcement des muscles du plan postérieur
- les étirements et le stretching
- la méthode McKenzie
- les techniques de mobilisations neuroméningées
- la rééducation posturale et proprioceptive
- l'apprentissage de l'ergonomie rachidienne

La méthode McKenzie (7) :

Le traitement des douleurs d'origine discale s'appuie désormais essentiellement sur les principes techniques de la méthode McKenzie (elle fait partie des recommandations de l'HAS).

L'aspect fondamental de cette méthode est la réductibilité (ou non) de la protrusion par modification des symptômes (centralisation de la douleur sur l'axe rachidien) voire leur disparition.

Pour le déterminer il est nécessaire d'avoir recours à des mouvements répétés et des postures privilégiant le plan sagittal et notamment l'extension.

Cette technique place l'autotraitement au centre du traitement, ce qui amène le patient à se prendre en charge avec des techniques actives. Le patient est pleinement acteur de sa rééducation et ne présente plus de dépendance aux mobilisations passives.

Techniques de mobilisations neuroméningées (8) :

Le nerf a sa propre mobilité et est très sensible à l'étirement. Les points de tension qui se trouvent le long de celui-ci en réduisent la mobilité et sont parfois un frein à la mobilisation.

Par la mise en tension et la mobilisation du nerf par rapport à son environnement ("mechanical interface"), ces techniques lui permettent de retrouver une certaine liberté et ainsi de diminuer les symptômes.

## **2.5. Utilisation de l'hypnose en kinésithérapie**

L'hypnose n'est pas très connue dans le milieu de la kinésithérapie. Elle n'est ni abordée, ni même citée durant la formation au diplôme d'état (la relaxation y est enseignée mais pas dans une démarche analgésique comme le propose l'hypnose).

Les études concernant l'utilisation de l'hypnose en kinésithérapie sont rares (il en existe tout de même, par exemple pour les patients parkinsoniens (9), et pour les patients atteints de sclérose latérale amyotrophique (10)). Quelques articles concernant l'hypnose ont été publiés dans des revues de kinésithérapie depuis plusieurs années (11) (12), mais ce sont des articles expliquant l'hypnose et non pas son utilisation pratique en kinésithérapie.

L'hypnose et la kinésithérapie sont deux techniques souvent citées l'une à côté de l'autre comme des techniques antalgiques mais rarement associées l'une à l'autre. Nous manquons donc de références quant à la façon de les utiliser conjointement.

## **2.6. Problématique**

Dans cette étude nous nous poserons la question de savoir quel peut être l'apport de l'hypnose dans la prise en charge en kinésithérapie d'une douleur chronique (en l'occurrence une cervicalgie d'origine discale) et également dans quelle mesure puis-je intégrer l'hypnose dans le cadre de ma pratique libérale avec tout ce que cela implique : association aux techniques de kinésithérapie, environnement, impératifs de temps.

### **3. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

#### **3.1. Description de la population**

Le cabinet où j'exerce mon activité n'ayant pas d'orientation ou de spécialité, nous y pratiquons une activité générale. Les patients que nous soignons ont des pathologies, des âges et des origines diverses.

Nous pouvons ainsi y retrouver aussi bien des nourrissons que des personnes âgées, présentant des affections respiratoires, neurologiques, traumatologiques ou rhumatologiques.

Les patients se présentent au cabinet avec une prescription médicale qui leur a été remise par leur médecin traitant, un spécialiste, ou un médecin de l'hôpital.

#### **3.2. Présentation du cadre de la rencontre**

Les séances d'hypnose s'effectuent dans le cadre du traitement en kinésithérapie, au sein du cabinet.

C'est un cabinet comprenant six collaborateurs travaillant alternativement dans les locaux, puisque nous disposons de quatre box et d'un petit plateau technique. Suivant les jours nous sommes trois ou quatre à y travailler, ce qui peut engendrer un peu de bruit et d'animation.

Notre pratique est axée sur un travail manuel et la pratique d'exercices. Nous n'utilisons que très peu d'appareils d'électrothérapie.

Les séances sont individuelles, chaque patient bénéficie d'environ une demie heure de traitement, ce qui parfois peut être limitant.

Les séances d'hypnose se passent donc dans un des box.

#### **3.3. Présentation du patient**

Madame T., 41 ans, est employée dans une entreprise de conseil en gestion. Elle souffre d'une hernie foraminale C6C7 entraînant un conflit disco radiculaire, ainsi qu'une discopathie L5S1.

Elle présente des douleurs bilatérales au niveau du rachis cervical, prédominantes à droite et irradiant dans le membre supérieur sur la face postéro externe de l'épaule et du bras

de façon permanente (irradiations qui descendaient jusque dans l'avant bras et la main avant de commencer la kinésithérapie).

Ses douleurs commencent en juin 2013, deviennent chroniques en octobre, et suite à un scanner en décembre mettant en évidence la hernie, elle commence les séances de kinésithérapie.

En arrivant au cabinet elle est fortement gênée dans ses activités quotidiennes. Tout d'abord dans son travail, elle passe beaucoup de temps devant un ordinateur, dans la vie courante, elle ne peut plus faire de port de charge, mais aussi dans ses loisirs en effet elle a dû arrêter la gymnastique volontaire et le vélo qu'elle pratiquait régulièrement (elle s'autorise tout de même un peu de marche de temps en temps).

Bien que ses douleurs se situent essentiellement dans la région cervicale, elle est également dérangée par sa discopathie lombaire qui la fait souffrir régulièrement. Celle-ci est plus ancienne et a déjà entraîné deux arrêts de travail en 1997 et 2004.

Lorsque je vois la patiente pour la première fois elle est déjà prise en charge dans notre cabinet depuis plusieurs semaines et a déjà vu deux de mes collègues.

Les séances de kinésithérapie ont permis de diminuer les douleurs irradiant dans le membre supérieur (disparition dans l'avant bras et la main) mais elles sont toujours présentes et permanentes.

Durant ce premier entretien elle me fait part de son stress et de problèmes relationnels dans son travail qui génèrent une angoisse. Il est évident que cette angoisse ne fait qu'exacerber ses douleurs. Peut être par retenue ou par peur de choquer, je ne lui parle pas de l'hypnose, même si je pense que cela lui serait utile.

Je me décide à aborder le sujet au deuxième rendez-vous. Elle pose beaucoup de questions et semble intéressée mais je n'insiste pas pensant qu'elle me ferait savoir lorsqu'elle se sentirait prête à essayer. C'est au troisième rendez-vous qu'elle me dit avoir vu un reportage concernant le diplôme universitaire au journal télévisé, et après quelques questions supplémentaires, elle me dit vouloir tenter l'expérience. Je ne sais pas si ce reportage a donné une légitimité à l'hypnose ou s'il a juste été une occasion d'aborder le sujet, pour autant, il a permis à la patiente de se décider.

## **4. RESULTATS ET DONNÉES CLINIQUES**

### **4.1. Présentation du déroulé des entretiens**

#### **❖ Première séance**

Pour cette première séance, madame T. semble tendue. En rentrant dans la salle, elle me fait part de son stress important. Elle me dit qu'elle est en arrêt de travail depuis le jour même suite à une dépression nerveuse. Des problèmes relationnels dans le cadre de son travail l'ont amenée jusqu'à cette situation.

Bien qu'ayant prévu de travailler sur ses douleurs, je décide donc de mettre en place son lieu sûr.

Description de la séance :

"Je vais vous demander de vous installer le plus confortablement possible. Très bien. Maintenant vous pouvez regarder tout ce qui nous entoure dans la pièce, les tableaux, la table, l'étagère. Très bien, et lorsque vous le souhaiterez, vous pourrez fermer les yeux."

La patiente ferme les yeux.

"Très bien. Vous pouvez maintenant entendre les bruits qui nous entourent, les voitures à l'extérieur, le bruit de la porte d'entrée, les discussions de mes collègues. Très bien.

Ressentez tous les points de contact de votre corps avec la chaise et le sol, votre dos, vos jambes, vos pieds. Très bien."

A la fin de l'induction la patiente présente des signes de transe hypnotique (petits mouvements oculaires,...) mais je remarque que sa respiration est encore un peu rapide.

"Ressentez comment la cage thoracique s'élève à l'inspiration et comment elle s'abaisse à l'expiration. Ressentez l'air qui passe dans le nez, dans la gorge, jusque dans les poumons, et qui à chaque fois qu'il rentre vous détend et vous apaise. A chaque fois qu'il rentre vous vous sentez plus tranquille et détendue."

La patiente prend une inspiration plus profonde et son rythme respiratoire devient plus lent.

"Très bien. Je vais maintenant vous proposer d'imaginer un chemin. Un chemin sur lequel vous avancez, tranquillement, à votre rythme, en étant toujours calme et détendue. Cela peut être un petit ou un grand chemin. Un chemin de terre ou de bitume, comme vous le souhaitez. Vous pouvez en imaginer les virages et les courbes. Peut être y a-t-il de la végétation au bord de ce chemin. Peut être pouvez vous entendre des bruits.

Puis en arrivant au bout de ce chemin vous entrez dans un lieu. Un lieu qui vous est agréable et que vous appréciez. Un endroit dans lequel vous vous sentez bien et détendue. Peut être est-ce un lieu que vous connaissez déjà, ou bien un lieu que vous découvrez, peu importe, toujours est-il que c'est un endroit qui vous apaise et vous détend, où vous vous sentez en sécurité.

Peut être pouvez vous y voir de la végétation, des arbres, des fleurs, du relief. Peut être pouvez vous y entendre des sons, les sons qui vous entourent dans ce lieu. Peut être y a-t-il un peu de vent, un vent légèrement chaud ou légèrement frais, peu importe.

Et puis dans cet endroit peut être pouvez vous y amener des personnes, des personnes que vous aimez et avec qui vous avez envie de partager ce moment de détente et de tranquillité. Très bien. Et maintenant je vais vous laisser quelques instants afin de profiter pleinement de ce lieu qui vous détend et vous apaise.

(Pause).

Très bien, maintenant que vous avez pu profiter de ce lieu, peut être que, je ne sais pas quand, vous pourrez vous y rendre à nouveau lorsque vous en aurez besoin ou que vous en sentirez la nécessité. Et je vous invite à associer à ce lieu un mot ou un objet, afin qu'en repensant à ce mot ou cet objet vous puissiez y retourner plus facilement.

(Pause).

Très bien. Vous allez maintenant pouvoir quitter ce lieu, tout doucement, tranquillement, en reprenant le même chemin qui vous y a mené. En le reprenant en sens inverse. En revoyant les courbes et les virages pris à l'aller."

La respiration de la patiente commence à s'accélérer, son visage se crispe légèrement, elle ne paraît pas à l'aise.

"Tranquillement, à votre rythme. Peut être pouvez vous retrouver la végétation sur le bord de ce chemin, les bruits ou les sensations en le parcourant à nouveau. Et toujours en étant calme et détendue.

Très bien.

Maintenant vous pouvez ressentir à nouveau le passage de l'air dans votre nez, votre gorge, vos poumons. Votre cage thoracique qui s'élève à l'inspiration, et qui s'abaisse à l'expiration. Ressentir tous les points de contact que fait votre corps avec la chaise et le sol. Très bien. Tout doucement vous allez retrouver des sensations normales dans vos membres, dans tout votre corps, en bougeant les pieds, les mains."

La patiente met un petit temps pour bouger légèrement ses pieds et ses mains.

" Très bien, tout doucement, à votre rythme.

A nouveau vous pouvez entendre les sons dans la pièce, à l'extérieur de la pièce, les bruits de mes collègues, les voitures qui passent.

Très bien. Et lorsque vous vous sentirez prête vous pourrez ouvrir les yeux."

Fin de séance.

### ❖ Deuxième séance

Madame T. paraît plus détendue qu'à la première séance. Elle me dit qu'elle est toujours en arrêt de travail, qu'elle bénéficie d'un suivi psychologique, mais qu'elle va mieux, même si ses douleurs sont toujours présentes.

Je lui demande de décrire sa douleur. Elle me dit que c'est une douleur au niveau du rachis cervical, prédominante à droite et descendant jusqu'au coude, qu'elle a "comme un poids sur le dos". Elle pense que c'est en partie dû à sa situation professionnelle et que "l'issue du tunnel dans lequel elle est lui permettra peut-être d'alléger la charge qu'elle a sur le dos".

Description de la séance :

"Je vais vous demander de vous installer le plus confortablement possible sur votre chaise. De regarder ce qui se trouve autour de vous. La porte, les lumières, le tableau, la table, le sol. Puis quand vous vous sentirez prête, quand vous en aurez envie, vous pourrez fermer les yeux."

La patiente ferme les yeux.

"Très bien. Vous allez pouvoir écouter tous les bruits qu'il y a autour de nous. Le bruit des voitures qui passent dehors, les discussions à l'extérieur de la pièce. Peut être plus tard vous pourrez entendre mes collègues qui parlent ou la porte qui s'ouvre mais cela n'a pas d'importance. Et puis peut être pouvez vous ressentir les points de contact que fait votre corps avec la chaise. Le contact du dos, des jambes, des pieds. Vous imaginez votre corps dans l'espace, votre corps sur la chaise. Puis vous pouvez ressentir votre cage thoracique qui s'élève à l'inspiration et s'abaisse à l'expiration. Vous pouvez également ressentir le passage de l'air dans votre nez, dans votre gorge, dans vos poumons. Cet air, peut être un peu frais à l'inspiration et plus chaud à l'expiration. Très bien. Et à chaque fois que cet air rentre dans vos poumons, vous pouvez vous sentir plus détendue et plus calme. A chaque fois il vous apaise un petit peu plus. Très bien. A chaque fois, peut être, vous pouvez vous sentir un petit peu plus légère, plus sereine. Très bien.

Et maintenant que vous êtes calme et détendue, je vais vous demander de penser à cette douleur dont vous m'avez parlé tout à l'heure, d'essayer de vous la représenter par une forme ou un objet, de la visualiser. Cela peut être un objet ou un mot, comme vous le désirez. Comme vous le souhaitez."

(Pause.)

"Peut être avez vous déjà trouvé cette représentation. Si c'est le cas vous pouvez me faire un petit signe."

La patiente fait un signe de la main.

"Très bien. Peut être pouvez vous me dire qu'elle est cette représentation?"

- Une flèche

- Très bien. Je vais donc vous demander de bien visualiser cette flèche. Et pour cela je vais vous demander d'en visualiser sa couleur, sa texture. Peut être est-ce une flèche en bois, peut être est-ce une flèche en métal, peut être a-t-elle des plumes. Et je vais vous demander maintenant de faire grossir cette flèche, d'en intensifier sa couleur. Si vous y arrivez, vous pouvez me faire un petit signe."

La patiente fait un signe de la main.

"Peut être cette flèche fait elle aussi un son, peut être est-elle en mouvement. Quoi qu'il en soit, maintenant que vous avez réussi à modifier l'aspect de cette flèche, je vais vous demander de la transformer. De changer dans un premier temps peut-être la couleur. Afin de l'adoucir, de lui donner une couleur qui représente pour vous quelque chose de plus apaisant. Très bien. Et maintenant je vais vous demander d'en modifier aussi la forme."

Le visage de la patiente se crispe légèrement.

"Peut être dans un premier temps, si cela est difficile, vous pouvez commencer par petites touches, comme un peintre qui dispose de tout un panel de couleur à sa disposition, et qui va y piocher celle dont il a besoin pour créer la couleur qu'il désire ou faire la peinture qu'il désire. Très bien. Essayez de modifier la forme de cette flèche, d'en faire quelque chose de plus apaisant. Modifiez en la texture, l'aspect, pour peut être la transformer en un objet qui vous convient, qui vous sera plus agréable, plus tranquillisant. Est-ce que vous arrivez à modifier l'aspect de la flèche?"

La patiente fait non de la tête. Je peux lire sa difficulté sur son visage. Sa respiration s'est accélérée.

"Non, ce n'est pas grave, ne vous inquiétez pas. Arrivez vous à en modifier la couleur?"

La patiente fait oui de la tête.

"C'est très bien. Restez sur la couleur. Continuez à modifier cette couleur pour trouver la couleur qui vous convient. Est-ce que vous avez trouvé une couleur agréable pour cette flèche?"

La patiente fait oui de la tête. Sa respiration s'est ralentie.

"Très bien.

(Pause).

Donc si vous avez réussi à en modifier la couleur, peut-être êtes vous capable d'en modifier une petite partie, même une partie infime. Peut être arrondir la pointe, ou réduire la taille de cette flèche. Est-ce que cela est possible?"

La patiente fait oui de la tête.

"Continuez par petites touches, par petits bouts à en modifier l'aspect. Continuez à en modifier la texture. Peut être que cette flèche qui est très solide, peut devenir un petit peu plus souple. Peut être peut-elle passer d'une matière dure à une matière molle, souple, une matière spongieuse. Est-ce que cela est possible?"

La patiente fait oui de la tête. Son visage est plus paisible.

"Très bien. Continuez tranquillement, tout doucement à modifier l'aspect de cette flèche. Vous pouvez, comme vous savez le faire maintenant, en modifier l'aspect tranquillement. Très bien.  
(Pause).

Est-ce que vous pensez que maintenant, l'aspect de cet objet de départ, que vous avez transformé, vous paraît plus acceptable et plus agréable?"

La patiente fait oui de la tête, elle semble plus détendue maintenant.

"Très bien.

(Pause).

Maintenant que vous savez modifier son aspect, que vous avez pu profiter de cette expérience, peut être qu'à un autre moment, je ne sais pas quand, vous pourrez retrouver la façon de faire afin de modifier à nouveau cet objet, lorsque vous le désirerez, lorsque vous en aurez envie ou que vous en aurez besoin. Tranquillement, tout doucement, continuez à penser à cette nouvelle forme, à ce nouvel objet que vous avez créé, à cette nouvelle représentation qui vous apaise et qui vous tranquillise.

(Pause).

Maintenant que vous avez pu profiter de cette expérience, je vous invite à ressentir à nouveau votre respiration, tout doucement, tranquillement. Votre respiration qui vous calme à chaque fois que votre cage thoracique s'élève et s'abaisse. Cette respiration qui vous apaise. Très bien. Ressentez à nouveau l'air qui passe dans votre nez, dans votre gorge, dans vos poumons,

tranquillement. Très bien. Ressentez à nouveau les points de contact que fait votre corps avec la chaise. Les points de contact de votre dos, de vos jambes, le contact de vos pieds sur le sol, de vos mains sur vos cuisses. Tranquillement, tout doucement, à votre rythme. Très bien. Tout en ressentant cet état de tranquillité, de détente. Calmement, tout doucement, vous allez pouvoir à nouveau entendre les bruits de l'extérieur. Les voitures qui passent, les bruits des personnes à côté. Puis tout doucement, vous allez pouvoir commencer à bouger les mains, les pieds. Et quand vous serez prête, tout doucement, vous allez pouvoir ressentir des sensations normales dans votre corps, réenfiler votre corps comme on enfile un vêtement. Puis lorsque vous le désirerez vous pourrez serrer une main puis l'autre, voilà, très bien, comme ça, puis les serrer l'une contre l'autre, pour retrouver toute la force dans vos mains, dans votre corps. Très bien. Et lorsque vous vous sentirez prête, lorsque vous en aurez envie, vous pourrez tout doucement ouvrir les yeux."

Fin de séance.

### ❖ **Troisième séance**

Six semaines se sont passées depuis la deuxième séance.

Madame T. va mieux psychologiquement, même si sa situation professionnelle n'a pas changé, elle est plus souriante et plus détendue.

J'ai dans l'idée de coupler la séance d'hypnose avec des techniques de massage. Je lui demande donc de s'allonger sur la table, sur le ventre.

Description de la séance :

"Comme d'habitude je vais vous demander de vous installer le plus confortablement possible. Très bien. Puis de fermer les yeux si ce n'est pas déjà fait, d'écouter tous les bruits qu'il y a autour de nous. Les voitures qui passent sur la route, mes collègues qui discutent à côté. Puis vous allez pouvoir ressentir les points de contact que fait votre corps avec la table. Votre tête, vos bras, votre ventre, vos jambes, vos pieds. Puis vous pouvez ressentir votre respiration, votre cage thoracique qui s'élève à l'inspiration, et qui s'abaisse à l'expiration. Ressentir le passage de l'air dans votre nez, votre gorge, vos poumons. Très bien. Et à chaque fois que cet air rentre dans vos poumons vous allez pouvoir vous sentir plus calme, plus détendue. A chaque fois qu'il rentre, il va vous apaiser un petit peu plus. Tout doucement, tranquillement. Très bien. Je vais maintenant commencer à vous masser."

Je commence le massage.

"Je vais vous demander d'essayer d'imaginer un nuage. D'en imaginer sa forme, sa texture, sa couleur. D'imaginer la légèreté de ce nuage, d'imaginer sa texture souple, légère. Peut être pouvez vous sentir que votre corps est comme ce nuage, léger et souple. Comme si tout le poids de votre corps devenait aussi léger que ce nuage, aussi souple. Très bien. Continuez à visualiser ce nuage qui se promène tranquillement, tout doucement dans le ciel. Continuez à ressentir cet état de légèreté, comme si tout votre corps, toutes les tensions qui pourrait y avoir dans votre corps se retrouvaient toutes souples, toutes légères. Très bien. Continuez à visualiser ce nuage, ce nuage qui se promène tranquillement, ce nuage apaisant qui se déplace tout doucement dans le ciel.

Et d'ailleurs tout cela me rappelle une histoire, une histoire que m'a raconté un patient. Alors qu'il était enfant, il est parti un jour chez son grand-père pour les vacances. Son grand-père habitait à la campagne, dans une ferme. Et un jour en se promenant dans le jardin, ils trouvèrent une chenille, une grande chenille, très belle. Son grand-père lui dit : nous allons la placer dans un bocal, lui donner à manger et à boire, et tu pourras la surveiller pendant toutes tes vacances. Et donc, chaque jour, le petit garçon prenait soin de cette chenille, il la surveillait, lui donnait à manger. Chaque jour qui passait, pendant ses vacances, il en prenait soin, il l'observait. Jusqu'au jour où, un peu avant la fin de des vacances, un matin en se levant, il s'aperçu que la chenille avait fait un cocon. Intrigué, il demanda à son grand-père ce qui se passait. Son grand-père lui répondit que la chenille était en train de changer. Le petit garçon était donc impatient de voir ce qui allait arriver ensuite. Puis quelques jours après, en se levant le matin, et en allant la voir comme tous les matins, il s'aperçut qu'un joli papillon était sorti du cocon. Un gros papillon avec des couleurs étincelantes. Il décida donc de libérer le papillon afin qu'il puisse continuer à vivre dans la nature. Et les vacances de ce petit garçon furent pour lui inoubliables car l'aventure qu'il a vécu avec ce papillon est restée à jamais gravée dans sa mémoire."

Interruption d'un de mes collègues qui me pose une question, je suis obligé de lui répondre.

(Pause).

Deuxième interruption.

(Pause).

Longue inspiration.

"Très bien. Vous pouvez toujours, peut être visualiser ce nuage, ce nuage extrêmement léger, et volatile. Ce nuage apaisant."

(Pause).

Je m'arrête de masser.

"Maintenant je vais vous laisser quelques instants pour profiter pleinement de cet état de calme et de tranquillité, de cet état léger."

(Pause).

"Très bien. Puis tout doucement, tranquillement, vous allez pouvoir ressentir à nouveau votre respiration qui élève et qui abaisse votre cage thoracique. Très bien. Ressentir à nouveau les contacts que fait votre corps avec la table. Le contact de votre tête, de vos bras, de votre torse, de vos jambes, de vos pieds. Vous allez pouvoir entendre à nouveau les bruits à l'entour, le bruit de la porte, les bruits à l'extérieur de la pièce, les voitures qui passent au loin. Très bien, tout doucement, tranquillement. Puis, petit à petit, vous allez pouvoir commencer à bouger vos mains, comme ça, très bien, vos pieds."

La patiente commence à bouger.

"Retrouver des sensations normales dans votre corps. Réenfiler votre corps comme on enfilerait un vêtement. Très bien. Puis tout doucement, quand vous vous sentirez prête, vous pourrez ouvrir les yeux. Et bouger tout doucement, bouger les bras, très bien, puis vous retourner quand vous vous en sentirez capable, vous mettre un peu sur le dos avant de vous lever."

La patiente se retourne.

Fin de séance.

## **4.2. Exposé des observations cliniques**

### **❖ Première séance**

La première séance a donc eu pour but de travailler sur le stress et l'angoisse de la patiente.

L'induction a été faite en utilisant le VAC. Celle-ci s'est bien passée et elle a montré des signes de transe hypnotique assez rapidement.

J'ai ensuite proposé à la patiente d'emprunter un chemin afin de se rendre dans son lieu sûr.

A ce moment là j'ai pu observer que sa respiration s'accélérait, mais en utilisant le saupoudrage elle a pu retrouver un rythme plus calme.

Nous avons pris le temps de découvrir et de profiter de son lieu sûr, puis je lui ai proposé un ancrage afin de pouvoir y retourner plus facilement lorsqu'elle en aurait besoin avec l'autohypnose.

C'est au moment du retour que sa respiration s'est à nouveau accélérée, que son visage s'est crispé. J'ai alors à nouveau utilisé le saupoudrage pour qu'elle se tranquillise, et nous avons pris le temps de parcourir le chemin en sens inverse afin qu'elle puisse retrouver son calme. Puis j'ai à nouveau utilisé le VAC pour la réassociation.

En fin de séance la patiente s'est mise à pleurer. Elle m'a dit avoir ressenti une douleur physique au moment du retour car elle était tellement bien qu'elle n'avait pas envie de revenir. La séance a été positive car elle se sentait moins stressée et plus détendue après. Avant de partir je lui ai donc conseillé de réaliser à nouveau l'expérience en autohypnose lorsqu'elle en sentirait le besoin.

### ❖ Deuxième séance

Malgré les métaphores utilisées par la patiente, j'ai décidé de travailler sur sa douleur en utilisant la réification.

Comme la première fois je me suis servi du VAC pour induire la transe hypnotique. Je lui ai ensuite demandé de visualiser une représentation de sa douleur. Grâce au signaling elle m'a indiqué qu'elle y était arrivée et m'a dit que c'était une flèche.

C'est en lui demandant de changer cette représentation qu'elle a éprouvé des difficultés. Elle s'est tendue et sa respiration s'est accélérée. Je lui ai donc demandé de se focaliser sur la couleur, d'essayer de la changer. Elle a réussi, est redevenue plus calme.

Puis je lui ai demandé d'essayer d'en modifier la forme, l'aspect, afin de la rendre plus agréable, plus acceptable. Ce qu'elle a pu faire également.

J'ai donc utilisé à ce moment là une suggestion post hypnotique et effectué le retour.

Suite à la séance, la patiente se sentait très bien et détendue. Elle n'avait plus de douleurs.

Même si elle n'a pas pu transformer totalement l'image de la flèche, ce qu'elle en a modifié lui a permis de la soulager.

### ❖ Troisième séance

Pour la troisième séance je souhaitais associer l'hypnose à une technique de massage afin de l'intégrer à ma pratique professionnelle.

La patiente se sentait plus détendue mais ses douleurs étaient toujours présentes.

Je lui ai demandé de s'allonger sur la table.

L'induction s'est faite encore une fois avec le VAC, puis j'ai commencé le massage.

J'ai décidé d'utiliser la métaphore du nuage pour induire une légèreté et une détente. Je reprends alors la métaphore apportée par la patiente lors du deuxième rendez-vous et que je n'avais pas osé aborder, le poids permanent qu'elle ressent sur son épaule.

Tout en continuant à masser, j'ai commencé ensuite un récit métaphorique utilisant la métaphore de la chenille se transformant en papillon afin d'essayer d'amorcer un changement chez la patiente.

Lors de ce récit, je suis interrompu deux fois par mes collègues. Cela m'a déstabilisé un peu car il ne faut pas perdre le fil de l'histoire tout en continuant à masser.

A la fin du récit, je lui ai à nouveau parlé de la métaphore du nuage, puis j'ai arrêté de masser et effectué le retour à la réalité.

Après la séance la patiente se sentait très bien et soulagée. Elle m'a dit avoir beaucoup apprécié la métaphore du nuage mais ne m'a pas parlé du tout du récit métaphorique. Elle n'a en rien été gênée par les interruptions de mes collègues, ce qui me rassure.

Cette séance a donc été effectuée dans le temps imparti à une séance de kinésithérapie "habituelle".

## **5. DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE**

### **5.1. Rappel de la problématique**

Le questionnement était double :

- Quel est l'apport de l'hypnose dans la prise en charge en kinésithérapie d'une douleur chronique?
- Comment puis-je intégrer l'hypnose dans le cadre de ma pratique libérale?

### **5.2. Confrontation des observations à la problématique**

- Quel a été l'apport de l'hypnose dans ma prise en charge en kinésithérapie d'une douleur chronique?

Peut être ai-je été le premier impacté par l'hypnose, de par la relation qui a été créée avec la patiente. Cette recherche d'empathie, qui parfois peut être émoussée dans le traitement des patients douloureux chroniques, pouvant être long et donnant l'impression de stagner, favorise la relation avec le patient. Ne pas oublier que le patient est au centre du processus de soin, qu'il est un réservoir de ressources, que toute l'attention que je peux lui porter, que toute l'empathie dont je peux faire preuve sont aussi importantes que le soin prodigué. Être un bon thérapeute n'est pas seulement être un bon technicien.

L'hypnose a donc été un élément essentiel de la relation soignant-soigné, venant s'inscrire dans ma pratique, non seulement dans cette prise en charge mais aussi dans toutes les autres.

Même si la kinésithérapie avait été efficace et que nous l'estimions tous (thérapeutes et patiente) encore nécessaire, force était de constater que nous arrivions à un palier et que la phase de grande évolution était derrière nous. Les mobilisations, les étirements ou encore les exercices déclenchaient systématiquement des douleurs et les séances n'apportaient qu'un soulagement temporaire. L'hypnose est donc arrivée comme un nouvel élan, et a su remplir son rôle (ou un de ses rôles) qui est de remettre en mouvement une situation figée.

La première séance, qui a été assez inattendue pour la patiente, car elle ne connaissait pas l'hypnose, et pour moi car je ne pensais pas utiliser la "safe place" avant de commencer l'entretien, a été très importante. Elle a créé un lien entre la patiente et l'hypnose en lui offrant ce lieu sûr, cet espace de tranquillité dont elle avait besoin. Cela lui était tellement nécessaire qu'elle en a éprouvé une douleur physique au moment de le quitter.

Madame T. me dira par la suite qu'elle utilise très fréquemment cet exercice en autohypnose et que cela lui est bénéfique.

L'hypnose a donc su répondre à une demande de la patiente, à une difficulté de sa part à gérer son stress qui ne faisait qu'entretenir ses douleurs. Suite aux trois séances nous avons pu constater une diminution de la fréquence et de l'intensité des crises, ce qui lui a permis de réduire le nombre de séances de kinésithérapie jusqu'à l'arrêt complet.

L'autohypnose a pu ainsi redonner à la patiente une clé pour puiser dans ses ressources et devenir actrice de sa prise en charge.

- Dans quelle mesure puis-je intégrer l'hypnose dans ma pratique?

Il était important pour moi de me prouver que je pouvais utiliser l'hypnose aussi facilement que n'importe quelle technique. Qu'elle pouvait s'intégrer dans le cadre parfois un peu rigide de ma pratique libérale, qu'elle pouvait s'y associer.

En ça la troisième séance a été très concluante. D'une part parce qu'elle a été très appréciée par la patiente mais aussi parce qu'elle a répondu à mes interrogations. Même si, par manque d'expérience, il m'a été un peu difficile de masser et de mener le cheminement hypnotique en même temps, d'être aussi fluide que si je faisais seulement une de ces deux choses, cette association c'est faite naturellement et a été très bien perçue. Une association de techniques antalgiques potentialisant leurs effets.

Les interruptions de mes collègues, non par manque de respect, mais qui sont propres à la vie et à l'activité du cabinet, n'ont en rien dérangé la patiente. C'est bien sûr moi qui en ai été le plus gêné. Devant m'interrompre et reprendre le fil de mon discours en pensant que cela aller perturber la patiente. Cela me prouve, même si je le savais déjà, que pour une personne en transe hypnotique, rien d'autre n'est important que le lien créé avec l'hypnopraticien. Que tout ce qui peut se passer à l'extérieur de la transe ne le concerne pas, et que même si il peut l'entendre, il en fait abstraction.

L'impératif de temps, si ce n'était pas pour moi le plus important, fait tout de même partie du cadre de ma pratique. Ma journée est rythmée par les rendez-vous à heures fixes s'enchaînant toutes les demi-heures. Je ne peux pas me permettre de prendre trop de retard.

Cette dernière séance m'a encore une fois rassuré sur ce point là. Je savais que je voulais reprendre les métaphores de la patiente, mais je me suis laissé le champ libre pour le reste. Ne sachant pas, comme c'était la première fois que j'essayais cette configuration (association du massage et de l'hypnose), comment cela pouvait se passer et combien de temps cela aller me prendre. J'ai donc pu ajouter un récit que j'avais déjà utilisé lors de ma formation sans me sentir pressé, sans trop empiéter sur le rendez-vous suivant.

Je pense cependant que cette séance en temps limité a été une réussite car je connaissais déjà bien la patiente, son histoire, ses douleurs, et qu'il m'a juste fallu installer la patiente et commencer l'induction. Cela n'aurait sans doute pas été possible au premier rendez-vous.

### **5.3. Discussion éthique**

Après la deuxième séance, je me suis demandé si mon choix d'utiliser la réification et de travailler sur la douleur de la patiente avait été judicieux. Est-ce que je n'avais pas fait passé mon désir de bien faire et la volonté de diminuer ses douleurs avant ses besoins réels. Les objectifs doivent être définis par le thérapeute et le patient. Il y avait certes de la bienveillance dans mes actes, et cela n'a pas été préjudiciable pour la patiente, mais j'ai essayé de traiter le symptôme avant la part émotionnelle de la douleur, et ce n'est vraisemblablement pas ce dont elle avait besoin.

De par ma profession, l'abord d'une douleur est presque essentiellement physique, nous sommes des techniciens. A part quelques techniques de relaxation, notre approche se fait par des techniques corporelles. Et cela répond également à une attente des patients. En venant chez le kinésithérapeute, ils s'attendent à être massés ou manipulés, à faire des étirements ou des exercices, ce qui rentre dans le cadre de la représentation qu'ils ont de la profession. Ils arrivent avec un nombre limité de séances et demandent à être soulagés.

Ainsi cherchant à traiter le symptôme physique de ma patiente, j'ai repris involontairement les objectifs liés à ma profession.

Cette séance, même si elle a été bénéfique sur l'instant, a été difficile pour la patiente et elle n'a jamais réussi à la refaire toute seule. Nous pouvons donc nous demander si ce choix était pertinent, si il n'aurait pas été plus juste de continuer à travailler sur son stress, d'autant plus que la patiente avait donné des métaphores très fortes lors de l'interrogatoire.

## **5.4. Apport de l'étude**

L'efficacité de l'hypnose dans le traitement des douleurs n'est plus à prouver, mais chaque thérapeute doit faire face aux contraintes inhérentes à sa profession.

Cette étude montre comment celle-ci peut prendre place dans la prise en charge kinésithérapique en cabinet libéral.

D'un point de vue personnel, ce cas m'a permis de me rendre compte qu'il était facile et naturel d'utiliser l'hypnose dans mon activité quotidienne.

Les bienfaits apportés par la formation ont été rapides, il n'a pas fallu des années de pratique pour pouvoir mettre en place une technique réellement efficace.

Cette prise en charge reflète sûrement mes tâtonnements et mes erreurs dues à l'inexpérience, mais malgré cela l'hypnose a permis d'apporter rapidement un bien être et un soulagement à la patiente.

## **6. CONCLUSION**

Le traitement de la douleur chronique n'est pas chose aisée car elle est multifactorielle.

Lorsque j'ai rencontré madame T. pour la première fois, la kinésithérapie avait soulagé en partie sa douleur physique mais elle n'avait pas pu prendre en charge la part émotionnelle.

Grâce à l'hypnose, elle a pu se libérer d'une partie de ses souffrances et a débloqué une situation figée en se plaçant dans une dynamique positive. En travaillant sur son angoisse et son stress, elle a pu diminuer la fréquence et l'intensité de ses crises, lui donnant un contrôle sur sa douleur. Avec l'autohypnose, qu'elle pratique quotidiennement, elle a pleinement pris part à son traitement.

L'hypnose amène certes un nouvel outil, mais permet surtout d'appréhender le patient dans une vision plus globale.

Durant mes années de pratique, il m'est apparu que la façon dont nous abordons un patient, le vocabulaire employé et les termes choisis avaient un impact sur son implication dans le traitement. L'hypnose m'a permis de confirmer ce sentiment en le clarifiant et en m'offrant une technique essentielle à la relation soignant/soigné.

Lors de cette prise en charge j'ai pu observer que non seulement l'hypnose s'était naturellement intégrée à ma pratique, mais aussi que son association avec des techniques de kinésithérapie avait eu des résultats très positifs.

De plus l'hypnose et la kinésithérapie se rejoignent sur un point, l'apprentissage à l'autotraitements. Ces deux pratiques mettent en avant l'implication du patient en le rendant acteur de son traitement.

Dans l'avenir, je voudrais développer l'hypnose au sein du cabinet dans lequel je travaille. Mes collègues se sont montrés intéressés et ouverts à cette nouvelle pratique. Plusieurs d'entre eux m'ont déjà demandé de faire des séances d'un point de vue personnel (préparation à l'accouchement, préparation d'une course de trail), mais m'ont aussi envoyé quelques uns de leurs patients (algoneurodystrophie, capsulite rétractile, mais également femme enceinte). Il serait donc intéressant d'intégrer l'hypnose parmi les techniques proposées dans ce lieu de soin, afin d'en faire bénéficier mes patients mais aussi ceux de mes collègues.

Dans la prise en charge du cas présenté dans ce mémoire, j'ai associé l'hypnose au massage qui est une technique courante dans mon métier. J'ai fait ce choix pour pouvoir me concentrer sur l'hypnose et réaliser plus aisément cette association. Cependant à la suite de cette expérience qui s'est révélée satisfaisante, je souhaite essayer de la combiner avec

d'autres techniques comme les mobilisations neuroméningées, la rééducation de l'incontinence urinaire chez l'homme, ou la prise en charge post-opératoire du cancer du sein.

## **7. BIBLIOGRAPHIE**

1. Bioy A., Wood C., Célestin-Lhopiteau I. L'Aide-mémoire d'Hypnose 1er ed. Paris: Dunod; 2010
2. Bioy A., Célestin-Lhopiteau I. Hypoalgésie et hyposédation 1er ed. Paris: Dunod; 2014
3. Dillworth T., Mendoza M.E., Jensen M.P. Neurophysiology of pain and hypnosis for chronic pain. *Transl Behav Med.* Mar 2012; 2(1):65-72
4. Cérioli A., Philippeau D., Barette G., Barillec F., Dufour X. Approche des cervicalgies d'origine discale. *Kinésithér Scient.* 2013; 541: 5-9.
5. Gatto F. EPP : quelle mise en œuvre pour les professionnels de santé autres que médecins ? *Rencontres HAS.* 2008
6. HAS; Rééducation dans les cervicalgies non spécifiques sans atteintes neurologiques. *Référentiels Kiné: cervicalgies.* CNAMTS; Février 2013. p.7
7. Philippeau D., Dufour X., Cérioli A. Méthode McKenzie et hernie discale, pour une approche pragmatique. *Kinésithér Scient.* 2012; 529: 11-18.
8. Pommerol P. Techniques de mobilisation du système neuro-méningées. *Kinésithér Scient.* 2000; 397: 20-30
9. Elkins G., Sliwinski J., Bowers J., Encarnacion E. Feasibility of clinical hypnosis for the treatment of Parkinson's disease: a case-study. *Int J Clin Exp Hypn.* Apr 2013; 61(2):172-182
10. Palmieri A., Kleinbub J.R., Calvo V., Soraru G., Grasso I., Sambin M. Efficacy of hypnosis-based treatment in Amyotrophic Lateral Sclerosis: a pilot study. *Front Psychol.* 2012; 3: 465
11. Varma D. L'hypnose en kinésithérapie: Un outil diagnostique et thérapeutique. *Kinésithér Scient.* 1999; 394: 35-43
12. Peyrouse C. Le langage hypnotique. *Kinésithér Scient.* 2000; 397: 50-59

## **8. RÉSUMÉ**

La cervicalgie est une pathologie très fréquemment rencontrée en kinésithérapie (elle représente environ 10% des actes).

Si la kinésithérapie prend en charge la composante physique de la douleur, elle n'en aborde pas ou très peu les composantes affective, cognitive, et comportementale, pourtant très présentes dans les douleurs chroniques. L'hypnose, en traitant ces aspects délaissés par la kinésithérapie, donne une approche différente du patient et de son symptôme. Elle permet de remettre en mouvement une situation figée, et donne au patient les moyens, par l'autohypnose, de devenir acteur de son traitement.

Dans cette étude de cas nous avons pu remarquer que l'hypnose s'est associée sans difficulté aux techniques de kinésithérapie, mais également au cadre et aux modalités d'exercice en cabinet libéral.

En ajoutant l'hypnose à sa prise en charge, le kinésithérapeute dispose donc d'un outil essentiel au traitement des douleurs chroniques (ou aiguës) découlant des cervicalgies, mais également de toute autre pathologie.

### **Mots-clefs:**

hypnose, kinésithérapie, douleur chronique, cervicalgie.