

Mémoire de fin de cursus de perfectionnement ETHHYC

François COLOMBEL

**LES MIGRAINES EN TRAITEMENT ALLOPATHIQUE,
ALTERNATIF ET HYPNOSE.**

LA MÉCANIQUE PARTICULIÈRE DES MAUX DE TÊTE



Mars 2018

Préambule

« De quelle utilité peut être pour un homme une connaissance de l'anatomie s'il néglige la cause et l'effet dans les résultats obtenus par la machinerie du corps? »

*A.T.Still, fondateur de l'ostéopathie
Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie*

« Avez-vous remarqué que chaque brin d'herbe est d'un vert différent ? »

Milton Erickson

Migraine n.f. (Bas lat hemicrania, du grec hemikrania, de kranion, crâne)

1. Affection caractérisée par la survenue d'accès répétés de maux de tête d'intensité variable, unilatéraux, accompagnés d'un malaise général, de nausées et de vomissements.
2. Migraine ophtalmique: migraine précédée ou accompagnée de signes visuels à type de scotomes scintillants (une tache lumineuse apparaît en lieu et place d'une partie du champ visuel) ou de phosphènes (une tache colorée apparaît dans le champ visuel).

Grand Larousse en 5 volumes, p.2045

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier nos formateurs Amer Safieddine et Milène Migne qui ont su, par leur gentillesse, leur savoir et leur disponibilité, être à la hauteur de ce que nous pouvions attendre d'une formation d'hypnose humaine, digne, proche des gens et de leurs attentes, et nous apprendre l'humilité et la clairvoyance dans l'approche globale, corps et mental, de nos patients.

Je tiens aussi à remercier notre promotion arc-en-ciel qui, par sa diversité, a su ouvrir la voie sur une approche très pluridisciplinaire de l'hypnose, si indispensable à la globalité de l'être humain.

Merci à mes parents Pierre et Jacqueline qui ont su m'épauler toutes ces années dans ma quête d'un métier qui me convienne toujours mieux, dans ma recherche de formations pour m'apporter plus de plénitude dans ma pratique au quotidien. Merci également pour leur soutien et leur présence dans les moments difficiles autant que dans le bonheur que m'apporte cette profession.

Sans eux, je ne serai pas où j'en suis aujourd'hui.

Merci à ma compagne Julie qui a su me supporter au sens propre comme au figuré le long de cette formation, de nos week-ends où nous nous croisons, et qui a su voir tout comme moi la transformation que cette formation m'a apporté.
Autant dans ma vie professionnelle que privée.

Je garde un souvenir ému de mon parrain le docteur Bernard Auteroche, auteur de plusieurs ouvrages de médecine chinoise. Il m'a permis de découvrir quelques arcanes de cette médecine si particulière.

Table des matières

<u>Introduction</u>	p.5
<u>Première partie: théorie</u>	p.6
I. Qu'est ce qu'une céphalée?	p.6
II. Quels types de céphalées?	p.7
III. Histoire de la migraine et migraine dans l'histoire.....	p.9
IV. La douleur crânienne vue par les patients	p.11
V. La mécanique neurale de l'hypnose.....	p.14
<u>Deuxième partie: traitement proposés</u>	p.18
I. Traitement médical et posologies	p.18
II. Traitements non conventionnels	p.22
III. Traitement ostéopathique	p.24
IV. Traitement hypnotique	p.26
V. Traitement combiné	p.30
<u>Troisième partie: cas cliniques</u>	p.31
I. Cas recensés par des études diverses	p.31
II. Plusieurs cas traités au cabinet	p.34
III. Conséquences, chronicité et adaptation à la douleur ..	p.45
<u>Quatrième partie: résultats et synthèse</u>	p.47
I. Résultats des traitements médicamenteux	p.47
II. Résultats combinés (effectués au cabinet)	p.49
III. Auto hypnose	p.50
<u>Conclusion</u>	p.52
<u>Bibliographie</u>	p.53

INTRODUCTION

Mon parcours personnel fait que j'ai toujours été attiré par la médecine. La kinésithérapie a été une jolie entrée en matière mais je me suis trop souvent senti à l'étroit et un peu trop limité par une thérapie trop mécanique et répétitive à mon goût, particulièrement sans doute dans le domaine libéral où la plupart des cas de consultations sont des dorsalgies, lombalgies... Notre domaine d'expertise se trouve donc malheureusement lié à ce type de pathologies.

Puis je me suis formé à l'ostéopathie et j'ai eu une vision beaucoup plus globale des patients que j'avais en charge.

Mais il me manquait encore beaucoup d'aspects pour envisager réellement la personne que j'avais en face dans un ensemble.

Évidemment je voyais mes patients souffrir dans certains cas extrêmement particuliers et revenir souvent avec les mêmes douleurs ou des douleurs différentes, sans forcément les régler.

Les douleurs chroniques sont un réel souci que beaucoup de thérapeutes ne prennent jamais vraiment en considération, au grand dam des patients, qui eux, souffrent sans en parler puisque personne ne semble ni les entendre ni avoir de solution.

Dans ma recherche d'une forme de prise en charge différente mais complémentaire, j'ai eu l'occasion d'expérimenter l'hypnose sous deux de ses formes...

L'hypnose de "spectacle" à laquelle j'ai pu participer dans la rue à Toulouse, et qui m'a « bluffé » sur nos capacités à ignorer certaines choses ou à détourner notre esprit d'axes rationnels, au sens où nous les apprenons.

Et une belle rencontre avec un psychiatre, formateur en hypnose Ericksonienne, aujourd'hui à la retraite, avec qui nous avons discuté très longuement sur les différentes applications de cette thérapie.

Entretiens suite auxquels je me suis plus longuement renseigné, à travers différents livres, sur les traitements que l'hypnose ouvrait, avant de me lancer dans une formation complète pour mieux appréhender cette nouvelle façon de penser et de traiter mes patients.

Le travail complémentaire avec l'ostéopathie et la kinésithérapie sur les céphalées m'intéresse tout particulièrement, étant moi-même migraineux et ma famille l'étant également.

Pendant quelques années je me suis concentré sur ce sujet très intéressant uniquement à travers une approche ostéopathique, avec de très bons résultats sur les patients traités, mais il y avait souvent une rechute, certes moins violente ou moins rapide, mais tout de même présente.

Y adjoindre un traitement hypnotique était peut-être une solution à la stabilisation à long terme des patients...

Dans le cadre de ce mémoire je vais explorer sur différents patients souffrant de douleurs chroniques une symbiose entre deux thérapies, tantôt en séances formelles, tantôt pendant la séance ostéopathique, et apprécier leurs progrès.

En conclusion, j'expliquerai les bénéfices de ce traitement et l'utilisation que tout thérapeute formé à ces deux pratiques peut apporter à un patient souffrant de céphalées chroniques.

PREMIERE PARTIE: THEORIE

I. QU'EST CE QU'UNE CEPHALEE?

Le terme de « céphalée » est le terme médical pour désigner les maux de tête, de manière très générale. Ce terme est dérivé du latin « cephalaea ».

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), les céphalées, caractérisées par des maux de tête fréquents, comptent parmi les affections du système nerveux les plus répandues.

Le mal de tête est la manifestation la plus douloureuse et incapacitante d'un nombre restreint de céphalées primitives: la migraine, les céphalées de tension et l'algie vasculaire de la face.

Elles peuvent être aussi provoquées par une longue liste d'états pathologiques ou survenir secondairement à ceux-ci, la plus connue étant la céphalée causée par la surconsommation de médicaments.

Quant à leur fréquence, on estime à l'échelle mondiale que leur prévalence chez l'adulte (cas des céphalées courantes, avec un mal symptomatique au moins une fois au cours de l'année écoulée) est d'environ 50%.

Entre la moitié et les trois quarts des adultes âgés de 18 à 65 ans dans le monde ont déjà eu mal à la tête au cours de l'année écoulée, et, parmi eux, plus de 30% ont fait état d'une migraine.

De 1,7 à 4% de la population adulte mondiale est affectée par une céphalée durant au moins 15 jours par mois.

Malgré des variations régionales, les céphalées sont un problème mondial touchant toutes les populations, quels que soient l'âge, l'ethnie, le rang social et la zone géographique.

En plus d'être douloureuses, les céphalées sont également incapacitantes. Dans l'étude mondiale de la charge de morbidité, actualisée en 2013, la migraine est à elle seule la 6^e cause responsable des années de vie corrigées de l'incapacité qui ont été perdues. Les céphalées dans leur ensemble en représentent la troisième cause.

Les céphalées font peser un réel fardeau sur les personnes atteintes, avec parfois des souffrances personnelles importantes, une altération de la qualité de vie et un coût financier. Les crises à répétition, accompagnées souvent de l'appréhension constante du prochain épisode douloureux, minent la vie familiale, sociale et professionnelle.

Les efforts sur le long terme pour vivre avec des céphalées chroniques peuvent aussi prédisposer le sujet à d'autres maladies. L'anxiété et la dépression, par exemple, sont plus courantes chez les personnes atteintes de migraines que chez les sujets sains.

II. QUELS TYPES DE CEPHALEES?

Il existe plusieurs types de céphalées, le terme étant employé de manière générique pour tout mal à la tête.

Selon les différents auteurs et sites, on peut trouver divers types de maux de tête. Le mieux étant de les citer tous pour tenter d'être le plus exhaustif possible.

Selon le site internet de l'OMS on appelle:

Migraines qui sont des céphalées primitives, apparaissant le plus souvent à la puberté et touchant les personnes de 35 à 45 ans, généralement.

Ces migraines sont deux fois plus présentes chez les femmes que chez les hommes en raison des influences hormonales.

La migraine est déclenchée par l'activation d'un mécanisme dans le cerveau qui provoque la libération de substances inflammatoires, engendrant ainsi la douleur autour des nerfs et des vaisseaux sanguins de la tête.

Elle est souvent récurrente, par crises, le plus souvent pendant toute la vie. Ces crises sont aggravées par des exercices physiques inhabituels, durent généralement de quelques heures à deux ou trois jours, avec une douleur unilatérale et/ou pulsatile.

C'est ce qu'en ostéopathie on qualifie de « vraie migraine », avec habituellement un point d'entrée qui définit l'endroit de restriction de mobilité que nous allons nous efforcer de traiter.

C'est principalement ce type de céphalée que je reçois en cabinet pour traitement. C'est donc plus particulièrement, et naturellement sur celle-ci que mon choix de protocole va se porter.

Céphalée de tension décrite comme la céphalée primitive la plus courante (sans lien avec aucune pathologie, anomalie ou traumatisme identifiables). La forme chronique de cette céphalée, se produisant plus de 15 jours par mois, affecte 1 à 3% des adultes et apparaissent souvent à l'adolescence, avec un rapport de 3 femmes pour 2 hommes concernés.

Malgré le peu d'informations que l'on a, on estime que l'apparition de ces douleurs pourrait être liée au stress, voire à des problèmes musculo-squelettiques cervicaux.

Ce mal de tête est souvent décrit, selon l'OMS, comme une pression en forme de bandeau autour de la tête, irradiant du cou jusqu'à la tête.

Ces douleurs sont décrites comme pouvant apparaître brusquement ou de manière progressive.

Elles n'ont aucun rapport avec la tension artérielle.

Ces douleurs sont aussi travaillées en ostéopathie.

L'algie vasculaire de la face qui est une céphalée primitive relativement rare, affectant moins d'un adulte sur 1000, plutôt les hommes.

Elle se développe la plupart du temps à partir de 20 ans.

Elle se caractérise par des céphalées récurrentes fréquentes, brèves mais très intenses et sévères, localisées dans ou autour d'un oeil qui rougit ou larmoie, un nez qui coule ou qui est bouché du côté affecté et parfois la paupière tombante.

La céphalée par surconsommation de médicaments causée par la consommation chronique et excessive de médicaments contre les céphalées.

C'est la céphalée secondaire la plus courante. Elle est présente la plupart du temps de manière oppressante, persistante, avec fréquemment un paroxysme au réveil. Elle affecte plutôt les femmes.

En plus de cette classification de l'OMS, le Vidal a sous-divisé les migraines selon les douleurs.

Il se distingue donc:

Les migraines avec fourmillements, les plus fréquentes

Les migraines basilaires, accompagnées d'une faiblesse d'un côté, voire de vertiges dans certains cas.

Les migraines avec aura/migraine ophtalmique, qui démarre par des troubles visuels (voile noir, éclairs en zigzag ou scotomes scintillants)

Les céphalées de Horton, que l'OMS nomme « algies de la face »

Ces classifications, en caractérisant les différentes douleurs du groupe « céphalées », présentent un double avantage.

D'une part savoir sur quoi nous travaillons avec le patient et, d'autre part, faciliter le dialogue avec les professions de santé qui suivent également notre patient (adaptation des traitements médicamenteux éventuels, examens, etc...)

Il est à noter que les patients ont très souvent beaucoup de difficultés à se classifier dans un type de céphalée particulier, ce qui est parfaitement compréhensible lorsqu'on voit le nombre de classes et sous-classes existantes.

Toutefois, lorsqu'on discute avec un patient de ses « maux de tête », il est facile déjà de déterminer s'il est localisé sur un hémicrâne ou sur une partie plus large.

Ceci aide à la prise en charge et va m'orienter sur le choix des patients à traiter que je vais présenter dans ce mémoire.

III. HISTOIRE DE LA MIGRAINE ET MIGRAINE DANS L'HISTOIRE

La migraine est l'un des maux les plus intéressants qui soient dans l'histoire de la médecine.

Non seulement parce que cette maladie fait appel autant à la médecine qu'à la philosophie, mais aussi parce que la découverte de cette pathologie s'est faite de manière très progressive, sans jamais vraiment saisir tous les aspects de son apparition ni de son évolution.

Historiquement, si la céphalée existe bel et bien, on ne lui attribue pas une origine physique, par manque de connaissances, mais plutôt surnaturelle, comme une possession. La trépanation était alors considérée comme un traitement de la migraine à part entière. Les premiers cas relatés de maux de tête douloureux remontent à 1200 av. JC

Hippocrate, l'un des pères de la médecine, initiateur de l'observation clinique, fut le premier à préconiser la saignée pour la traiter, dans une démarche plus médicale que mystique. L'empire romain utilisa l'opium comme analgésique chez les migraineux. Hippocrate, toujours, signale l'existence des troubles visuels précédant la migraine, et utilise le premier le terme d' « aura » migraineuse, comme trouble associé à l'état créé par la migraine.

Mais le crédit de la découverte de la migraine est attribué à Aretaeus de Cappadocia qui a décrit au 2e siècle les maux de tête unilatéraux caractéristiques des migraines, ainsi que les vomissements qui peuvent apparaître lors de crises migraineuses.

Le terme de migraine lui-même, par contre, n'a été employé la première fois que par Galenus de Pergamon, pour décrire la douleur ressentie d'un côté de la tête lors d'une crise migraineuse. Son étymologie latine en découle ainsi naturellement par adjonction des termes « hemi » et « crania » pour expliquer le côté unilatéral de la douleur. Si les noms d' « hémicrânie » et de « migraine » correspondent à une douleur située sur la moitié du crâne, la différence entre ces mots tiendrait à leur origine: dès lors que le premier a une origine savante, le deuxième se veut plus populaire. Les langues communes et savantes ont fait le choix, conformément au legs du 19e siècle, de migraine.

Plusieurs noms sont indissociables de l'histoire de la migraine, en plus de ceux déjà cités. Ainsi, Thomas Willis, l'un des fondateurs de la neurologie, au XVIIe siècle, est l'auteur de la première monographie moderne de la migraine.

Samuel Tissot, médecin suisse dans les années 1750, qui persista à utiliser les méthodes décrites par Hippocrate comme les saignées pour guérir les migraineux.

Edward Flatau, neurologue dans les années 1900, préconisa l'utilisation de l'arsenic et d'autres métaux jusqu'à la survenue de produits à base d'ergotamine (l'ergotamine est un alcaloïde utilisé sous forme de tartare d'ergotamine comme analgésique dans les cas de migraines, il a été validé par les médecins Graham et Wolff vers la fin des années 1930)

Harold Wolff, médecin américain des années 1900, a conçu une approche expérimentale d'exploration du cerveau permettant de faire le lien entre anomalies des vaisseaux sanguins et migraines

La maladie a un champ lexical assez particulier en France, qui nous intéresse tout particulièrement dans son abord, puisque chaque mot prend un sens très important dans le traitement hypnotique.

Par exemple, nous n'avons qu'une seule « maladie » en France, là où les anglo-saxons utilisent plusieurs termes pour noter le degré de gravité de la maladie exposée, comme « illness, disease, sickness, injury, disorder, defect ».

Toutefois le terme de mal de tête est également utilisé en anglais sans notification d'intensité particulière, dans le terme « headache ». La langue française serait-elle insuffisamment étoffée pour définir un type de maladie?

De la même manière, on hésite à qualifier un patient migraineux de « malade ».
La migraine, finalement, incluse dans un faisceau de représentations, s'énonce autrement: On parle de cancéreux, de goutteux, de migraineux. Mais jamais de rhumeux, ou d'appendiciteux. C'est ce qui fait que la migraine est capable d'imposer une vision particulière du monde, un mode de vie, là où le rhume ne le peut pas.

D'après Haig « La France est la patrie de la migraine »
La migraine, ce fait divers médical, engage une sociologie, une histoire.

Aujourd'hui encore, le diagnostic de la migraine ne se fait que de manière clinique, à travers un interrogatoire. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire, si ce n'est pour éliminer une autre affection.

L'international Headache Society propose des critères internationaux permettant de faire le diagnostic de migraines, qui sont les suivants:

- **Un examen clinique normal**
- **Au moins deux des critères suivants:**
 - douleur unilatérale
 - douleur pulsatile
 - douleur augmentée par des efforts de routine
 - intensité de la douleur modérée à forte
- **Au moins un des critères suivants:**
 - nausées et/ou vomissements
 - hypersensibilité aux bruits et/ou odeurs

Ce caractère purement clinique de la migraine fera dire à Balzac « L'affection dont les ressources sont infinies pour les femmes est la migraine. Cette maladie, la plus facile de toutes à jouer, car elle est sans aucun symptôme apparent, consiste à dire seulement: j'ai la migraine. Une femme s'amuse-t-elle de vous, il n'existe personne au monde qui puisse donner un démenti à son crâne dont les os impénétrables défient et le tact et l'observation. »

IV. LA DOULEUR CRANIENNE VUE PAR LES PATIENTS ET L'HISTOIRE

Il existe un site, SFEMC.fr (Société Française d'Etudes des Migraines et Céphalées) qui répertorie en un site officiel beaucoup d'informations utiles.

Les échelles d'interrogations utilisées par la SFEMC sont les HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) et HIT (Headache Impact Test). Ce sont ces échelles dont je vais pouvoir m'inspirer pour évaluer les patients traités, avant et après traitement, ostéopathe, hypnotique et combiné.

Il est également important de pouvoir utiliser le vocabulaire que le patient utilise, pour pouvoir le plus possible cadrer avec sa vision de sa pathologie. Je vais donc ajouter aux cas que j'ai suivis en cabinet certaines notes personnelles que les patients utilisent pour évoquer leurs douleurs.

En ce qui concerne le symptôme douloureux vu et relaté par ceux qui en parlent le mieux, à savoir les patients touchés eux-mêmes, voici un recueil de ce que les patients que je traite en cabinet me décrivent.

Certaines personnalités connues ont également décrit de manière très précise et avec des mots qui leur sont propres leur définition de la migraine.

La migraine touchant tous les âges, j'ai essayé d'avoir un panel assez représentatif et plus large des termes utilisés selon les âges.

Mr C., 37 ans, me décrit sa douleur comme une irradiation qui débute sur l'arrière/base du crâne, qui remonte doucement, puis se stabilise en faucille jusqu'au-dessus de l'œil. Sa migraine est surtout provoquée en fin de semaine, lors du premier réveil de son week-end.

Il décrit cette irradiation comme un courant électrique qui se ravive à chaque mouvement de la tête ou à chaque effort physique. S'il ne devait garder qu'un seul terme pour définir sa migraine, ce serait le terme « pulsation ».

Mme C., 76 ans, me donne son point de vue de la douleur migraineuse comme une impression de pression bilatérale qui engendre une « explosion dans toute la tête ».

Cette sensation est accentuée par la fatigue, le bruit, et certaines odeurs (friture, eau de Javel, etc...). Elle est également accompagnée par une sensation de chaleur « ça chauffe ».

Mme C. me précise aussi avoir des nausées associées à ses symptômes.

Elle accompagne son explication par une apposition de ses mains sur son crâne lorsqu'elle m'évoque cette impression de pression.

Mlle B., 24 ans, (*cette patiente souhaite entrer dans mon étude ostéopathie et hypnose*) Patiente présente dans mon étude, me décrit ses maux comme un enfoncement de l'œil dans le globe oculaire, qui s'enfonce sans s'arrêter, du côté gauche systématiquement.

Un deuxième symptôme qu'elle décrit est une sensation de battement continu dans sa tête. Elle n'a pas su isoler l'élément déclencheur de ses migraines mais évalue l'aggravation de celles-ci avec la lumière, le son et la fatigue.

Dans la plupart des cas, le repos suffit à ce que Mlle B. aille mieux, précédé d'un traitement médicamenteux.

Mlle C., 30 ans, (*cette patiente souhaite entrer dans mon étude ostéopathie et hypnose*)
Elle m'explique que sa douleur est semblable à son cœur qui bat dans sa tête, de par sa répétition rythmée, mais aussi parfois me dit avoir l'impression qu'on serre ses tempes au niveau de son crâne sans jamais les relâcher.

Elle estime que ses douleurs passent le plus souvent en une journée (généralement après la nuit, avec éventuellement une médication si besoin), mais dans le cas de douleurs violentes « à se taper la tête contre les murs », deux jours sont nécessaires.

Un patient dont le témoignage a été recueilli dans un livre, (« La migraine, biographie d'une maladie » Esther Lardreau), **V., 43 ans**, définit deux sortes de migraines:

- La première qu'il appelle migraine rouge, avec rougeur et chaleur à la face mais qui ne le fait pas beaucoup souffrir.

Lors de ces épisodes il peut continuer à travailler.

- La deuxième, qu'il nomme migraine blanche, est intolérable, il est alors obligé de se coucher.

D'où l'importance de la métaphore colorée qui revient souvent lors de la description des migraines. La couleur représente alors l'intensité globale de la crise et/ou l'importance de l'afflux sanguin.

Mme S., 49 ans, (*cette patiente souhaite entrer dans mon étude ostéopathie et hypnose*)
Melle S. me parle de sa douleur à la tête comme une migraine diagnostiquée par le corps médical, après un passage au centre anti-migraineux de Toulouse.

Pour elle, son problème est plus une névralgie du nerf trijumeau qu'une migraine mais comme la douleur diffuse énormément, ses différentes consultations l'ont conduite à envisager le problème sous l'angle migraineux.

Si elle devait donner une couleur à sa douleur, elle serait rouge. Couleur qu'elle oppose au bleu (couleur du bien-être, pour elle).

L'EVA (Echelle Visuelle Analogique) est à 8, et son niveau douloureux deviendrait plus confortable à 1.

Quand j'interroge plus précisément Melle S. sur son ressenti, elle chosifie sa douleur par une main qui lui arrache l'œil de l'intérieur, systématiquement à gauche.

De plus, le froid semble améliorer la situation, de même que le fait de tenir avec sa main le côté gauche douloureux lors des crises.

Mme S. m'explique dans son anamnèse, aussi, que sa douleur a tendance à apparaître plus facilement quand elle arrête le travail, et quand, plus généralement, elle se met au repos (l'activité semble la rassurer et lui « enlever » le mal de tête).

Pour elle, la solution à son problème serait de transformer cette main très musclée en main plus petite, lui faisant plutôt une caresse. C'est sur cette idée que je vais m'appuyer pour le protocole de soins.

Melle M., 37 ans, (*cette patiente souhaite entrer dans mon étude ostéopathie et hypnose*)

Elle me décrit ses douleurs spontanément comme un « pic vert » parfois, et à d'autres moments, comme un « étau ». Son niveau douloureux est évalué à une moyenne de 4/10, avec des pics à 8.

La douleur acceptable pour elle pour la vie quotidienne serait de 2/10.

Lorsque j'interroge Melle M. sur ses douleurs, elle dit que selon elle, la chaleur améliorerait son état (et l'endroit dans lequel elle se sent bien est la plage avec du soleil). La couleur qui représente le plus sa douleur est le noir (parce qu'elle le dit elle-même, dans ces cas-là, elle « broie du noir »), et la couleur qui pour elle est opposée à ce noir, serait le bleu.

La douleur débute alternativement à droite ou à gauche, mais toujours à la mâchoire, puis l'oeil, puis l'hémicrâne du côté où a débuté la douleur mandibulaire. Elle estime aussi que ses maux de tête ont deux causes principales: les cycles menstruels, ainsi que le stress.

Pour finir, elle me dit avoir essayé beaucoup de traitements qui sont restés sans effet, avoir également consulté une amie ostéopathe sur plusieurs séances, sans bénéfice à long terme. L'émotion ressentie par rapport à cette douleur est l'énervement, alors que la disparition de cette douleur lui apporterait une émotion de plaisir et la rassurerait.

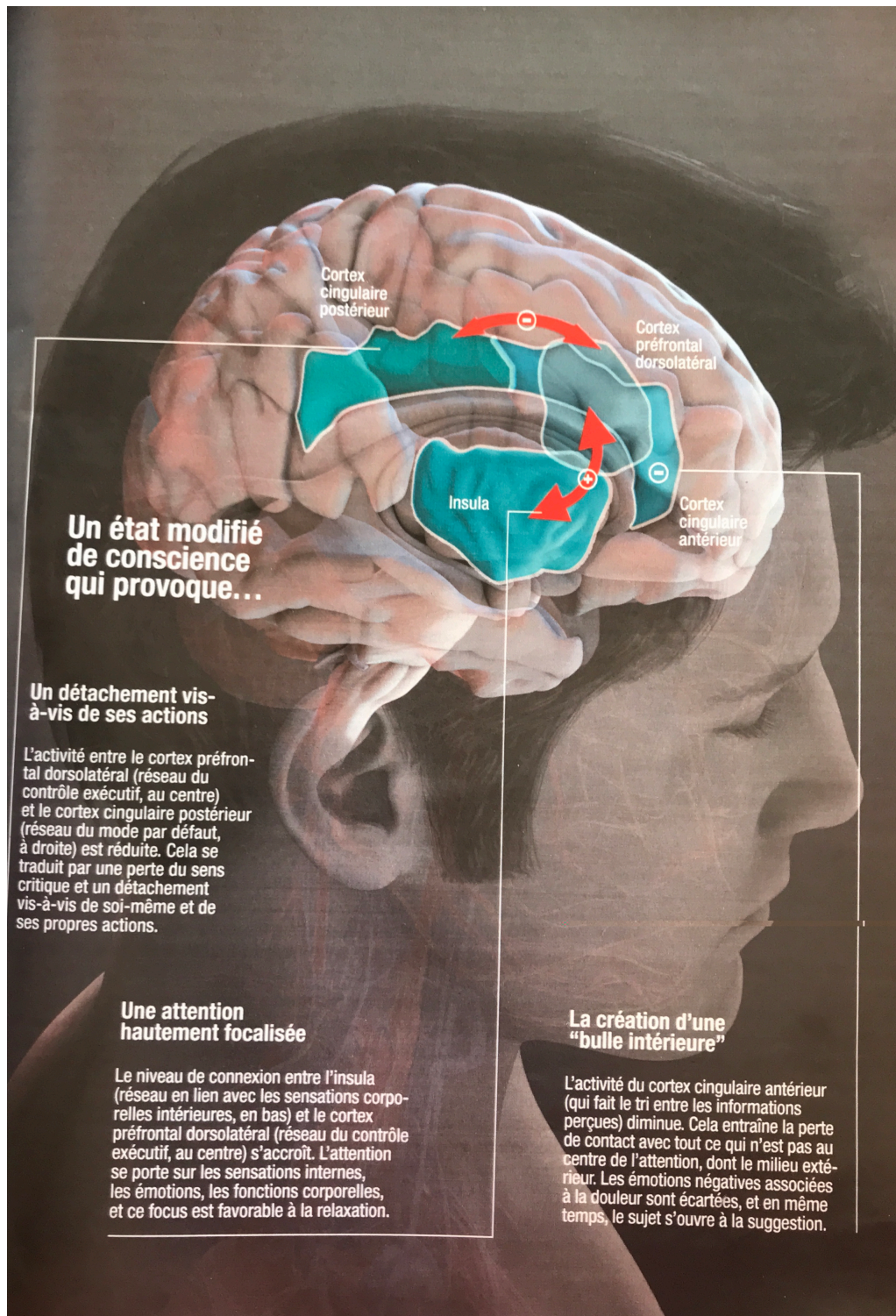
Pour cette patiente, je commence par un traitement ostéopathique, parce qu'il lui est familier, qui sera suivi, plus tard, par une séance d'hypnose. J'évaluerai ensuite les résultats des deux traitements.

V. LA MECANIQUE NEURALE DE L'HYPNOSE

Dans le cadre de ce mémoire, l'hypnose va servir tout particulièrement à une augmentation de la sensation de confort ou une diminution de la sensation douloureuse.

La mécanique hypnotique, particulièrement dans le traitement de la douleur, se passe au niveau neural.

Dans la revue « *Science & vie* » sur la méditation et hypnose, de Mars 2018 (n°1206), l'auteur résume en un schéma ci-dessous (1) les mécanismes que provoque l'état modifié de conscience créé par l'hypnose lors de la phase « thérapeutique » :



Lors de la séance d'hypnose, le patient va passer par trois étapes successives dont la réussite va conditionner le résultat de l'étape suivante:

1. **L'induction**, qui va décaler les perceptions du patient dans l'espace, le temps et dans son propre corps, sensations, etc... de manière à ressentir ce qui est présent en plus et au-delà de la douleur.
2. **La transe hypnotique**, où le patient sera plus réceptif aux suggestions hypnotiques et qui sera donc la phase « thérapeutique ». Cette transe est un état de conscience modifié.
3. **Le retour à l'état de conscience ordinaire**, de manière progressive, pour que les informations passées dans l'inconscient lors de la phase thérapeutique soient conservées et réutilisées quand nécessaire.

L'état de transe, ou état de conscience modifié (EMC), est connu par tout un chacun. Nous connaissons tous des moments où nous sommes absorbés par une tâche qui nous demande beaucoup d'attention, ou lorsque nous sommes en « mode automatique », comme au volant de notre voiture sur une route que l'on connaît très bien, mais longue et monotone, lorsque nous nous mettons à rêver, alors même que notre attention est toujours présente en cas de danger.

Dans le cas de la transe hypnotique, cet état peut se remarquer par plusieurs éléments comme l'anesthésie, la distorsion du temps, la catalepsie ou la lévitation d'un membre, l'amnésie, les réactions aux suggestions post-hypnotiques... Chacun de ces éléments permet aussi d'évaluer la qualité et la profondeur de la transe, et donc l'état de suggestibilité du patient.

Depuis l'utilisation de la TEP (Tomographie par Emission de Positrons) et de l'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique), nous sommes capables d'évaluer les zones cérébrales mises en avant dans la transe hypnotique.

Dans le cas de l'IRM, les flux sanguins sont analysés en fonction de leur augmentation ou de leur diminution et de leur affluence dans chaque zone cérébrale. Il est donc plus simple de noter les parties stimulées lors d'une expérience hypnotique.

Les schémas ci-dessous montrent les différentes zones cérébrales (2), et leur stimulation selon l'afflux sanguin lors de la transe hypnotique (3).

différentes parties du cerveau

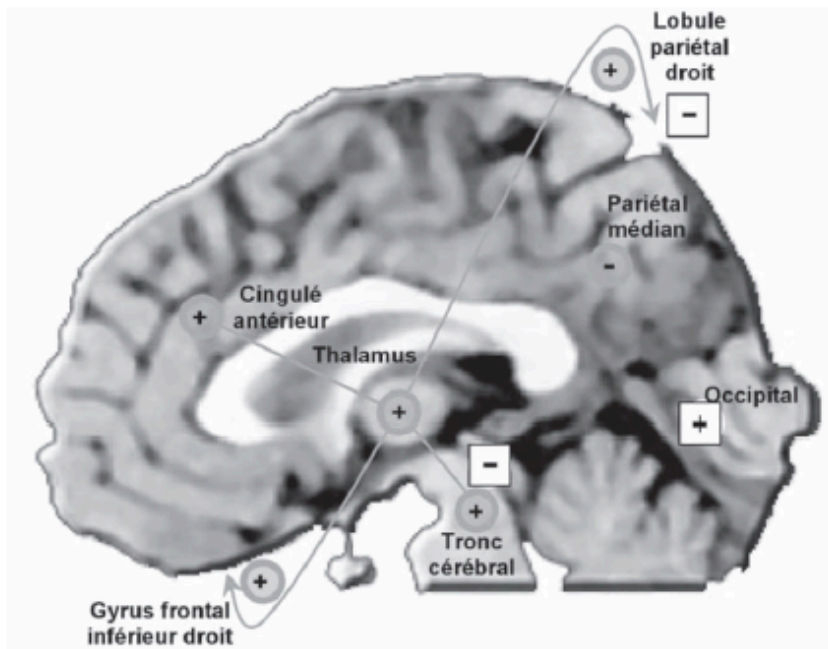
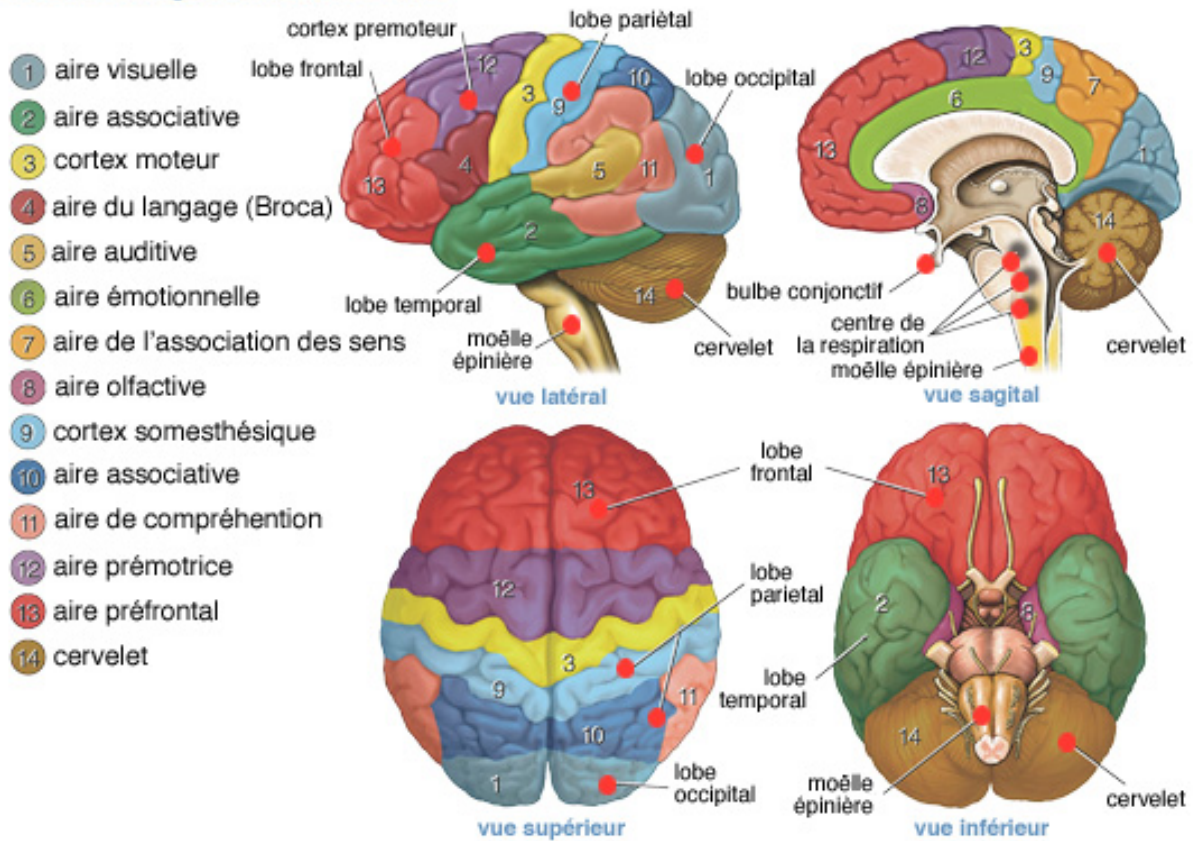


Figure 4. — Augmentation (+) ou diminution (-) du débit sanguin cérébral associées à la relaxation (forme carrée) ou à l'absorption mentales (forme en cercle) ressenties pendant l'hypnose. L'absorption hypnotique ressentie est directement proportionnelle à l'activation précise et coordonnée du réseau cérébral responsable de la régulation de l'attention (dont les éléments sont reliés par des traits).

Relaxation et Absorption Mentale. Rainville et al., 2004

Il est intéressant de noter que la zone occipitale, incluant le centre de la vision, est particulièrement stimulé lors des trances hypnotiques. Le patient en transe est donc capable, yeux fermés, de visualiser une scène facilement. Cette visualisation va être intéressante dans le cadre de l'hypnose, particulièrement si celle-ci est liée à une émotion ou à un endroit ayant un intérêt particulier pour le patient.

Orienter l'attention du patient vers autre chose que ce qui le préoccupe, notamment dans le processus douloureux, est un phénomène connu sous le nom de « distraction ».

Lors de séances d'hypnose anti-douleur, il est important de prendre en compte chaque composante de la douleur que l'on peut travailler lors de la phase thérapeutique, après l'induction hypnotique.

Ces composantes sont au nombre de 4:

1. **La composante sensori-discriminative:** cette partie comprend la qualité de la douleur (type brûlure, piqûre, etc...), la durée, la localisation et l'intensité... Les qualificatifs utilisés par le patient prendront toute leur importance lors de la phase de transe pour les réutiliser dans un sens positif.
2. **La composante affectivo-émotionnelle:** c'est la perception désagréable, pénible, insupportable de la douleur. Elle est en relation avec la cause de la douleur mais également avec son contexte humain et environnemental. Chaque patient a une perception spécifique de sa douleur selon ses propres codes et la chronicité de celle-ci.
3. **La composante cognitive:** c'est le sens que le patient donne à sa douleur et à la façon dont il l'interprète (la douleur n'a ni la même importance ni les mêmes conséquences selon qu'elle résulte d'une blessure ou d'une agression). Cette composante est liée à l'expérience antérieure mémorisée par le patient.
4. **La composante comportementale:** rassemble les manifestations observables chez le patient qui souffre: positionnement, traits, expressions, attitude...

Les composantes de l'hypnose qui vont dès lors servir au patient sont autant l'absorption de l'attention, que la dissociation psychique et la suggestibilité accrue pendant la phase de transe comme déjà précisé auparavant.

Tous ces éléments, appliqués au patient, vont aider à l'adaptation à la douleur, particulièrement dans des pathologies chroniques comme les migraines.

Nous verrons plus loin les techniques spécifiques employées lors de séances anti-douleurs.

DEUXIEME PARTIE: TRAITEMENTS PROPOSES

I. TRAITEMENT MEDICAL ET POSOLOGIES

Il existe plusieurs traitements pour tous types de migraines et leurs effets, proposés par la médecine aujourd'hui.

L'évolution de la médecine dans le traitement des migraines n'a pas beaucoup évolué entre sa « création » et la fin du 18^e siècle.

Les premiers traitements mis au point sont les saignées et les poudres à base de quinine (quina), ainsi que d'angusture, sous forme de poudre aussi, diluées dans de l'eau et du vin blanc.

Les émétiques et les purgatifs sont aussi évoqués.

Dans son « mémoire sur une nouvelle méthode végétale, dépurative et rafraichissante, pour la guérison radicale des dartres, des écrouelles et des maladies secrètes » par le Dr. Belliol, 1834, il est noté que le traitement des migraines se fait par « purgatifs, sulfate de quinine, rhubarbe et sel d'ammoniac, et sirop de fleurs de pêcher ».

L'opium est aussi utilisé, de même que les bains électriques, étincelles et commotions. De cette thérapie particulière et de l'acupuncture est dérivée l'électro-puncture, par courant continu, arrivée en France dans les années 1683, par un médecin botaniste (Wilhelm Ten-Rhyne).

Je n'ai pas pu trouver d'informations entre les années 1900 et 1990 concernant les différents traitements proposés. Les antidouleurs et anti-inflammatoires ont remplacé progressivement les thérapies précédentes au fur et à mesure des évolutions médicales.

Des traitements de fond et de crises spécifiques sont proposés dans les années 90:

Les anti migraineux spécifiques d'abord, à base d'ergotamine (tartare d'ergotamine) comme le MIGWELL (spécialité retirée de la vente vers 2007) et le GYNERGENE CAFEINE.

C'est aussi le cas des triptans (agonistes sélectifs de la sérotonine) comme le ZOMIG, ZOMIGORO, ALMOGRAN, IMIGRANE, RELPAX...

D'autres traitements de la migraine sont des médicaments de type SANMIGRAN, toujours utilisés, associés à des anti-inflammatoires de type AINS (Anti-inflammatoires non stéroïdiens) SPEDIFEN, SPIFEN, IBUPROFENE... et parfois, des antalgiques plus ou moins puissants ADVIL, ASPIRINE, DOLIPRANE, CODOLIPRANE, NUROFEN...

Les traitements de fond typiques qui ne sont pas tout le temps proposés car uniquement destinés à ceux qui souffrent d'au moins 2 crises par mois d'intensité élevée.

On note principalement plusieurs classes de médicaments:

- Les Beta bloquants: parmi eux AVLOCARDYL (propranolol), TIMACOR (timolol), SELOKEN (metoprolol), TENORMINE (atenolol), et CORGARD (nadolol)

- Les Antisérotoninergiques: par exemple SANMIGRAN (pizotifene), NOCERTONE (oxetorone), DESERNIL (methysergide), LAROXYL (amitriptyline), SIBELIUM (flunarizine).

Dans la pratique, les prescriptions se font dans la plupart des cas selon le schéma suivant, d'après Pierre Chaillet et Hugues Raybaud, sur leur site de médecine générale « Esculape », avec comme inspiration l'article « Treating Headache », Robert Smith MD (Cincinnati Department of Neurology):

- Le traitement de crise:

Divers antalgiques ou AINS injectables peuvent être utilisés (ASPEGIC - PROFENID - AVAFORTAN - PRODAFALGAN - FELDENE, etc...) avec des succès et des échecs.

Personnellement j'utilise très souvent et avec succès (Dr H Raybaud) :

-----> DHE 1 ampoule + CELESTENE 1 ampoule dans la même seringue en IM

-----> DHE 45 gouttes matin et soir + CELESTENE 100 gouttes matin et soir pendant 48 heures

Associé à un suppositoire de PRIMPERAN matin et soir si nécessaire.

IBUPROFENE cp à 200 mg.

400 mg en une prise soulage 60 % des patients, y compris dans les migraines péricataméniales

Cette molécule représente un bon traitement de la crise migraineuse de l'enfant.

GYNERGENE CAFEINE

----> 1 cp puis éventuellement 1 cp 1 heure après

----> 1 suppositoire.

MIGPRIV - CEFALGAN

Association Aspirine-Primperan sachets (6) - A discuter pour les migraines périmenstruelles ou en cas de fragilité gastrique surtout que les patients ont généralement l'estomac vide.

----> 1 sachet Ho, à renouveler éventuellement 1 heure plus tard (H1).

Le côté financier important de ce type de traitement est à prendre en compte.

DIERGOSPRAY

Traitement de la crise par voie nasale. Très intéressant mais environ 30 % d'échec.

MYGWELL

----> 1 cp Ho puis 1 cp 30 minutes à 1 heure plus tard si nécessaire.

LES TRIPTANS:

ZOMIG (Zolmatripan)

NARAMIG (Naratripan 2,5 mg 2cp /boîte)

Agoniste sélectif des récepteurs 5HT_{1B/1D} à la sérotonine.

CI: Prise d'ergotamine et dérivés y compris méthysergide peut être prescrit avec les traitements par bêtabloquants et inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

Posologie : Un comprimé aussi précocément que possible après le début de la crise mais il reste efficace lorsqu'il est pris plus tard

En cas d'amélioration puis de réapparition de la douleur, un second comprimé peut être utilisé .

IMIGRANE (sumatripan)

Les indications sont très limitées et il ne peut être associé aux dérivés de l'ergot de seigle (DHE), IMAO, PROZAC et CI en cas de pathologie cardiovasculaire, allergie aux sulfamides.

----> 1 cp Ho puis 1 cp 6 à 8 heures plus tard si reprise de la crise.

----> 1 inj SC Ho puis éventuellement 1 inj quelques heures plus tard

IMIGRANE 20 mg solution pour pulvérisation nasale (09/1999)

ALMOTRIPTAN - ALMOGRAN

6 patients sur 10 sont réceptifs. L'efficacité paraît plus rapide (30 minutes) avec une efficacité en 24 heures dans 80% des cas.

RIZATRIPTAN MAXALT ® (Nom commercial USA) (rizatriptan benzoate),

Un antimigraineux à prendre sans eau

WASHINGTON, 30 juin 1998 (AFP) - Le premier médicament contre la migraine sous forme de cachets ne nécessitant aucun liquide pour se diluer a été approuvé aux Etats-Unis par l'administration chargée du contrôle des produits alimentaires et pharmaceutiques (FDA), ont annoncé son fabricant, les laboratoires Merk.

Ce nouveau remède est le premier cachet contre la migraine à se désintégrer en quelques secondes sous la langue. Les cachets actuellement dans le commerce nécessitent l'ingestion d'eau pour leur dilution dans la bouche.

Le Maxalt, également produit en cachets classiques, a soulagé 7 patients sur 10 dans les deux heures suivant le traitement avec une dose de 10 mg et 6 malades sur 10 avec une dose de 5 mg.

LIDOCAINE NASALE

Une solution de lidocaïne 4 % en pulvérisation nasale est en cours d'expérimentation

-Le traitement de fond:

Il est logique de commencer par des monothérapies simples à gérer en prévenant le patient d'être " patient " et de bien noter le résultat du traitement (fréquence, importance des crises, circonstances déclenchantes, etc..) et en lui proposant parallèlement un traitement de ses crises. Ces résultats ne peuvent être estimés qu'après 1 mois de traitement.

En cas d'échec, on peut soit changer de thérapeutique soit envisager des associations.

- **Les classiques**

Les dérivés de l'ergot de seigle (DHE, IKARAN, SEGLOR).

Les Béta-bloquants (AVLOCARDYL 40 voire 160 LP, LOPRESSOR, SELOKEN...)

VIDORA (indoramine)

SIBELIUM avant 60 ans et enfant après 10 ans

- **Plus rarement**

NOCERTONE mais sédatif et prise de poids. Commencer 1 le soir.

SANMIGRAN à introduire progressivement par paliers de 3 jours

DESERNIL progressif également avec des fenêtres thérapeutiques (fibroses rétropéritonéales)

Vitamine B2 (riboflavine) à forte dose 400 mg/J

RIVOTRIL, TEGRETOL et autres antiépileptiques

DEPAKINE semble être particulièrement efficace mais EI importants 600 à 1500 mg/J)..

ICA (ISOPTINE, ADALATE, TILDIEM)

Les anti-dépresseurs et en particulier LAROXYL (10 à 25 gouttes le soir) dans les formes mixtes c'est-à-dire associées à des céphalées de tension musculaire

- **IEC**

Après les agents bêtabloquants, une autre classe de médicaments antihypertenseurs pourrait constituer un traitement d'appoint dans la prise en charge de la migraine : les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou IEC. Selon une étude regroupant 60 personnes, l'un de ces produits, le lisinopril, s'est montré capable de réduire de façon significative la fréquence de survenue des crises de migraine dans près d'un tiers des cas. (British Medical Journal, 6 janvier 2001.)

- **SARTANS**

Une méta-analyse plaide en faveur de l'efficacité des ARAII

- **Les associations**

Dérivés de l'ergot de seigle et Bêtabloquants (+ RIVOTRIL)

II. TRAITEMENTS NON CONVENTIONNELS

Il existe d'autres traitements de la migraine, le but étant ici de simplement les aborder sans aucune exhaustivité.

- La posturologie dans un premier temps est intéressante puisque l'abord se passe sur les chaînes musculaires. Notamment avec une évaluation des chaînes ascendantes ou descendantes.

La plupart du temps, le problème étant situé au niveau du crâne, on commence par s'intéresser à un traitement dentaire par gouttière avant de réévaluer l'équilibre et les conséquences positives sur les douleurs.

L'utilisation des chaînes musculaires est privilégiée par cette technique (chaînes musculaires ascendantes et descendantes) de manière à créer un système plus équilibré qui favorise la résolution de problèmes physiques, dont la migraine.

- L'acupuncture, également, peut être efficace dans certains cas de migraines. On trouve notamment dans la littérature, un traitement du mal de tête par différents points.

Dans le cas de migraines, les points Taiyang (HM2), Fengchi (VB20), Waiguan (TR5) dans le cadre d'un traitement chaque jour ou tous les deux jours, avec les aiguilles en place pendant 15-20'. Schémas ci-dessous (4)

ACUPUNCTURE

HM - POINTS EXTRAORDINAIRES (HORS MERIDIENS)

**Point de la tête
HM 2 - TAIYANG**
Grande Clarté - (Traé Yao)

Situation : Dans le creux, 1 cun en arrière queue du sourcil.

Indications :
Céphalée temporale (HM 2, Vb 20, TR 5)
Migraines. Fatigue, découragement.
Névralgie du trjumeau branche optalmique (VB 14, HM 2, V 2, TR 5)
Affection oculaires
Mal de dents
Paralysie faciale
Conjonctivite aigue (HM 2, V 1, Gi 4)

HM 3

ACUPUNCTURE

Vb - MERIDIEN DE VESICULE BILIAIRE - SHAOYANG DE PIED - YANG

Goût amer dans la bouche, vertiges, malaria, ophalée, douleur sous-maxillaire, douleur à l'angle externe de l'oeil, surdité, bourdonnements, douleur sur le trajet du méridien.

Vb 20 - FENGCHI
Etang du vent - (Fong Tchre)

Réunion avec Yang Wei Mai et Yang Chiao

Situation : Sur la nuque, au-dessous de l'occiput, au niveau de Fengfu (DU 16), dans la dépression Située entre les attaches supérieures du muscle sterno-cléido-mastoïdien et du muscle trapèze.

Indications :
Rhumisme (VG 14, VB 20, Gi 4)
Sinusite chronique (HM 1, P 7, VB 20)
Céphalée temporale (HM 2, Vb 20, TR 5)
Eblouissement et vertige
Torticollis (Vb 20, Vb 39, Ig 6)
Hyperlaxation
Acouphènes
Myopie (E 1, V 1, Gi 4) (HM 7, Vb 20, Vb 37)

Vb 21

ACUPUNCTURE

TR - MERIDIEN DES TROIS FOYERS - SHAOYANG DE MAIN - YANG

TR Trois foyers = traduction de Sanjiao - Abréviation TR = Trois Réchauffeurs)
Météorisme, oedème, énurésie, dysurie, surdité, bourdonnements d'oreilles, mal de gorge, enflure de joue, douleur rétro-auriculaires, douleurs de l'épaule et sur le trajet du méridien.

TR 5 - WAIGUAN
Barrière externe - (Oaé Koann)
Luo
Maître de Yangwei Mai

Situation : Sur le dos de l'avant-bras, sur une ligne reliant Yanchi (TR 4) et la pointe du coude, à 2 travers de doigt en arrière du pli dorsal du poignet, entre le radius et le cubitus.

Indications :
Paralysie des membres supérieurs
Douleurs thoraciques
Céphalée temporale (HM 2, Vb 20, TR 5)
Tintement d'oreilles
Torticollis
Rhumisme banal
Fièvre
Arthrite des membres sup (Gi 15, Gi 11, TR 5, Gi 4, HM 28)
Parotidite, oreillons (TR 17, E 6, Gi 4, TR 5)
Polomyélite (VG 14, TR 5, Gi 11)
Surdité (TR 21, Ig 19, Vb 2, TR 17, TR 5, TR 3)
Céphalées généralisées (VG 15, HM 1, Gi 4, TR 5)
Névralgie du trjumeau branche optalmique (VB 14, HM 2, V 2, TR 5)
Polynévrite (HM 28, Gi 11, TR 5, HM 36, E 36, RP 6)
Hallucinations (Vb 2, TR 5)
couplage avec VB 41 :
affection des régions rétro-auriculaires, jugale et du cantus externe

Point Yuan Cc 7 **Point Luo TR 5**

TR 6

Auteroche B. et Navailh P. rappellent dans leur ouvrage « Diagnostic en médecine chinoise » que *les énergies perverses d'origine externe: Vent, Froid, Canicule, Humidité, Feu, provoquent des céphalées. Une diminution du Qi (Energie vitale, air respiré, souffle cosmique), du sang ou de liquides organiques fait que la tête ne peut plus être nourrie d'où des céphalées.*

- L'homéopathie a aussi un rôle à jouer dans le traitement de fond de la migraine. Toutefois, dans la seule étude connue sur les résultats de ce traitement, aucune différence n'a pu être prouvée entre traitement homéopathique et placebo.

Les traitements les plus prescrits dans le cadre des migraines, en homéopathie, sont Iris versicolor et Sanguinaria.

- De manière générale, toutes les techniques de relaxation, de la sophrologie à la méditation, ont un effet bénéfique sur la migraine.

La visualisation d'images apaisantes en se focalisant ou non sur la tête a prouvé qu'elle pouvait fournir de bons résultats.

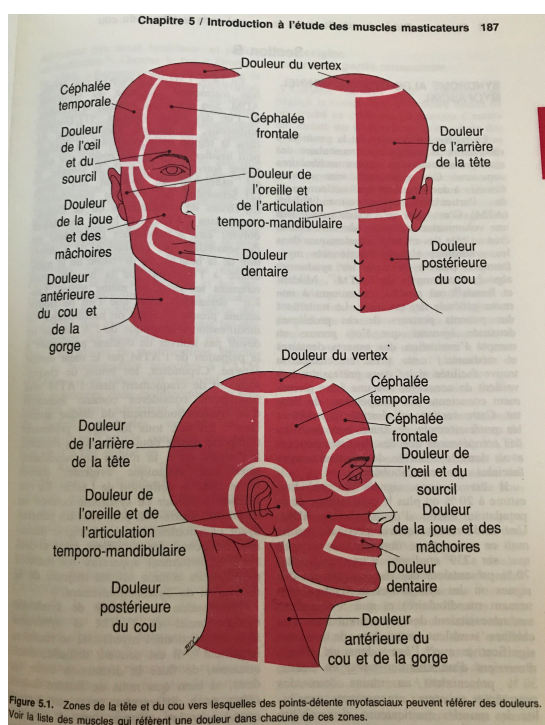
- On retrouve encore, aujourd'hui, l'idée d'Hippocrate d'utiliser les saignées pour le traitement des céphalées.

Cette thérapie se fait à partir de sangsues médicinales et se nomme l'Hirudothérapie, car les sangsues utilisées sont les *Hirudo medicinalis*.

- Enfin, pour tenter d'être le plus complet possible, on peut enrayer une migraine par ce qu'on appelle des « points gâchettes » ou « trigger points ». Ces points correspondent à des zones congestionnées ou inflammatoires du tissu musculaire.

Ces points se situent sur chaque muscle, et génèrent des douleurs sur le muscle lui-même mais aussi à distance.

Les points associés à la migraine sont ceux situés sur le muscle trapèze, le sterno-cléido-mastoïdien, ainsi que le muscle temporal. Le semi-épineux de la tête serait aussi impliqué. cf schéma ci-dessous (5)



III. TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE

L'ostéopathie, au même titre que la chiropraxie, peut avoir un effet bénéfique sur les migraines.

Avant de commencer à pratiquer l'hypnose, je travaillais sur mes patients d'après ce que nous ont enseignés nos formateurs en ostéopathie, avec de bons résultats sur la gestion au quotidien des crises migraineuses.

Nos formateurs avaient insisté sur l'utilisation de l'ostéopathie crânienne dans le traitement de la migraine notamment sur plusieurs manipulations bénéfiques, comme la normalisation de la lésion sphéno-temporale, ou la décongestion générale immédiate du crâne.

L'ensemble étant accompagné d'un travail dorsal et crânio-sacré (mais plutôt en ostéopathie structurelle).

Pour nos formateurs, le problème migraineux serait dû en partie à une restriction de mobilité de la suture sphéno-temporale.

Le point d'apparition de la douleur étant plutôt latéralisé, ceci semble être soit une origine soit une conséquence douloureuse de la gestion migraineuse.

Bien évidemment, il est important de faire évoluer ces notions de base en fonction du bilan initial ostéopathique. Chaque patient est unique, mais travailler au niveau de sa douleur d'origine le rassure, même si je ne fais que tester les restrictions de mobilités qui pourraient exister.

Dans tous les cas, décongestionner et relâcher des tensions sur une suture est bénéfique.

Un travail de relâchement des sutures bien au-delà de cette seule sphéno-temporale est aussi envisageable, dans un domaine purement technique, où les sutures sphéno-frontale et sphéno-pariétales sont aussi à investiguer de par leurs situations respectives en regard du point d'entrée douloureux de la migraine.

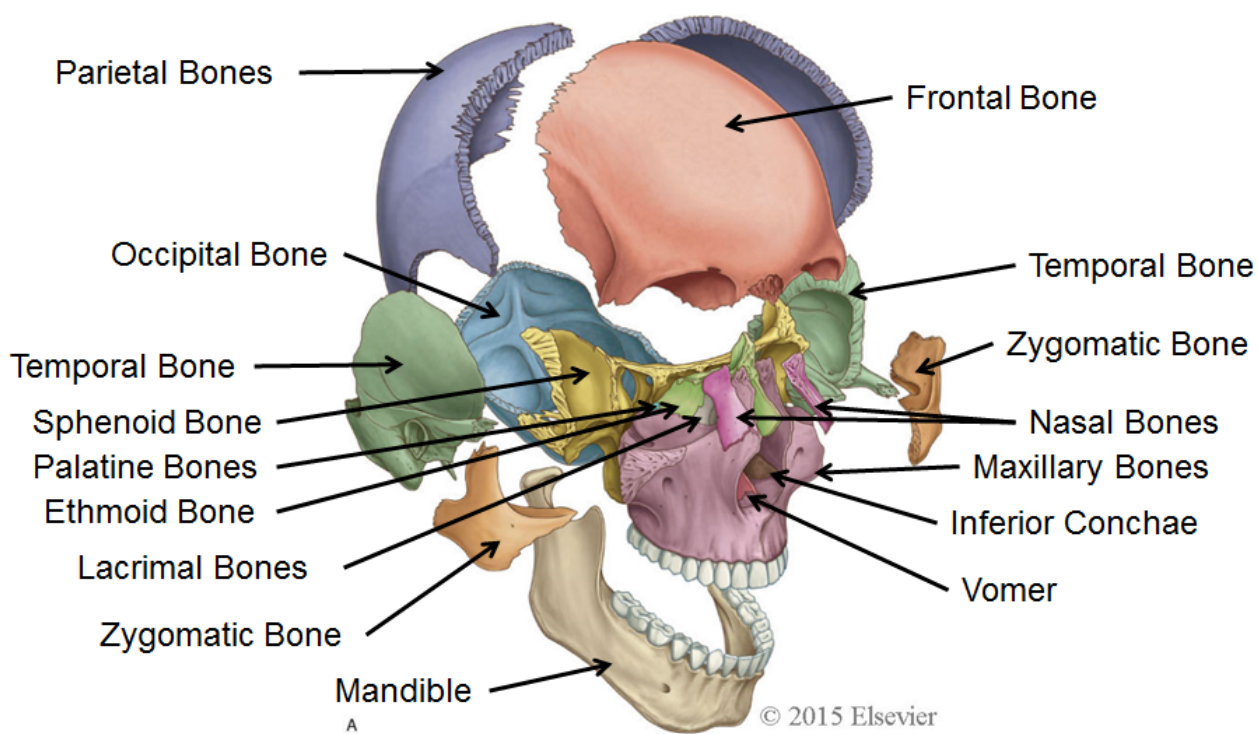
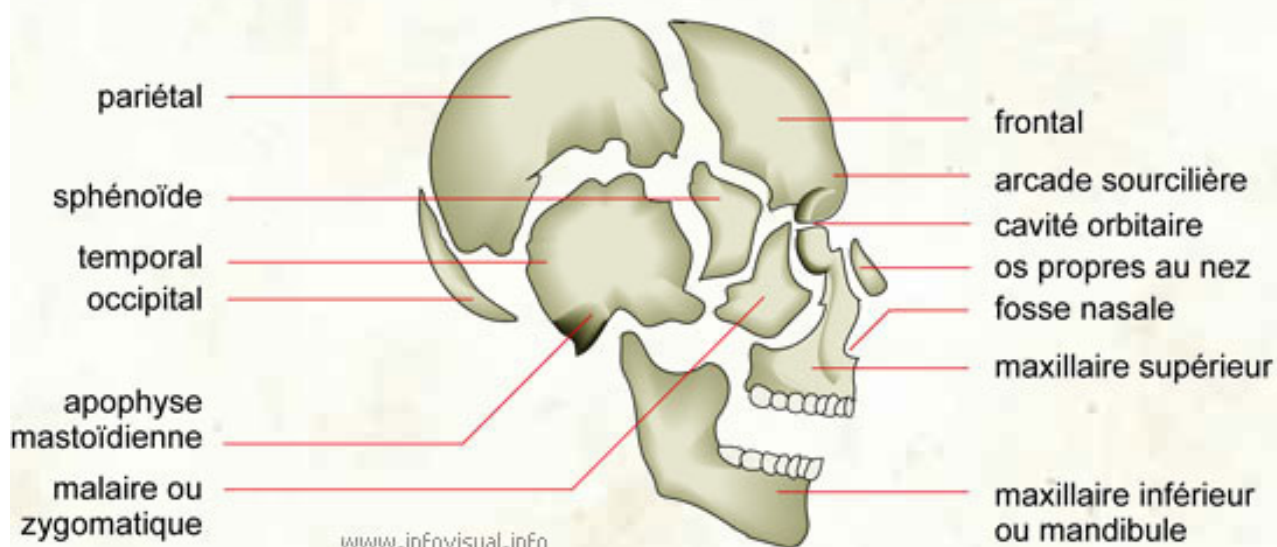
Il existe également une technique dite de « V-Spread ». Cette technique ostéopathique utilise la force transmise le long du diamètre crânien pour faciliter le mouvement des sutures et plus précisément l'écartement sutural.

Elle agit sur les sinus par l'intermédiaire des membranes intracrâniennes, du système fascial et du liquide cérébro-rachidien (Le LCR étant un fluide incompressible il est un agent de transmission hydraulique des forces mécaniques).

L'ouverture des sutures en souffrance peut donc se faire par ce biais également.

Afin de mieux situer les os et leurs rapports anatomiques, voici deux schémas qui montrent ces éléments ainsi que leurs rapports anatomiques: (6) (7)

OSTÉOLOGIE DU CRÂNE



IV. TRAITEMENT HYPNOTIQUE

Il est intéressant de reprendre les codes utilisés par le patient lors de notre entretien préalable, et les utiliser de nouveau lors de l'état hypnotique ou de notre traitement de tous les jours. On peut y adjoindre la notion explicative de la dilatation des vaisseaux et de cette pulsativité ressentie par les patients, en leur demandant de se représenter ces vaisseaux et leurs mouvements (dilatation, constriction des vaisseaux sanguins)

Il est aussi possible d'utiliser des sensations connues des patients pour soulager la migraine, comme le froid, la détente, le relâchement...

Dans ce cas de transe, il est intéressant d'insister sur la normalité de l'état artériel et d'en faire le parallèle avec le confort ressenti dans le crâne.

On peut aussi insister sur le passage de la congestion artérielle (imaginée par rapport à ce que le patient nous a expliqué) au relâchement normal de ces artères cervicales (Drs Anderson, Basker, Dalton).

Le remplacement de cette douleur ressentie par une sensation de bien-être progressive peut aussi être une piste, selon la perception du patient de son état et de sa possibilité d'amélioration.

Le Dr Lilan E. Fredericks utilise, pour appuyer ses propos, les images du vent glacé lors d'une marche en montagne en hiver ou de cubes de glace dans la boisson glacée préférée du patient.

Il prend également l'exemple d'un patient qui aime prendre des bains et se sert de la sensation confortable d'un bain chaud pour attirer l'attention du patient sur sa tête, qui, dépassant du bain, a un ressenti froid qui contraste avec la chaleur du bain et s'avère bénéfique pour baisser la douleur de la migraine.

Dans certains cas aussi, le Dr Irving I. Selter indique qu'il préfère suggérer une diminution plutôt qu'une élimination complète des céphalées. Il estime que conserver une petite partie de la douleur peut être une alternative thérapeutique moins traumatisante pour le patient à long terme, et dans le même temps, il suggère donc au patient de conserver une petite part de cette douleur, mais uniquement dans des circonstances où cela peut être le moins perturbant possible.

Je n'ai pas expérimenté ce type de traitement, mais elle a le mérite d'exister...

Dans tous les cas, le patient repart avec des outils pour pratiquer aussi l'auto-hypnose quand il lui semble que la douleur reprend le dessus.

Lors d'un traitement sous hypnose, la prise en charge assez particulière de la douleur requiert des outils efficaces qu'il est capital de maîtriser.

La perception de la douleur est très différente d'un patient à un autre et varie en fonction de plusieurs facteurs, les composantes sensorielles, émotionnelles et cognitivo-comportementales.

Je vais demander à mon patient de « chosifier » sa souffrance, de la matérialiser, de façon à l'utiliser différemment, positivement, en adaptant à sa propre personnalité.

Lors de nos cours, nous avons abordé plusieurs façons de soulager la douleur:

- **L'approche téléologique**, qui permet de diminuer le seuil douloureux tout en laissant un minimum « d'alerte ».
- **La réinterprétation des signaux**, qui consiste à fractionner la douleur, la faire changer
- **Associer et conditionner**, qui permet d'associer la douleur à un souvenir agréable.
- **Dissocier**, pour séparer le patient de lui-même et de sa douleur.
- **Le circuit électrique**, pour associer la douleur à une télécommande qu'il est possible de moduler, ou à plusieurs branchements électriques.
- **Developper une amnésie**, où le praticien suggère au patient « d'oublier d'avoir mal »
- **Les hallucinations positives ou négatives**, qui utilisent des projections dans le temps (passé ou futur).
- **La mise en scène**, qui fabrique un scénario sur mesure pour le patient, un film...
- **La distorsion du temps et de l'espace**, pour par exemple augmenter l'efficacité d'un médicament, en faisant qu'un moment paraisse plus court ou plus long.
- **La relaxation hypnotique**, pour diminuer l'état de tension, de stress.
- **L'anesthésie en gant ou analgésie**, afin de modifier la perception de sensibilité sur un doigt, puis la transmettre à une autre partie du corps.
- **Le contrôle des fonctions autonomes**, en induisant une sensation de chaud ou de froid et en la transmettant à une autre partie du corps par le toucher.

Dans le cas des traitements que j'ai pu pratiquer, j'ai surtout utilisé l'approche téléologique, la réinterprétation de signaux, associer et conditionner, dissocier, la distorsion de l'espace et du temps, et la relaxation hypnotique.

Je vais développer ces techniques qui m'ont permis de travailler avec les patients en les aidant dans la gestion de leur bien-être au quotidien, particulièrement sur les douleurs chroniques.

Je vais également expliquer les mécanismes mobilisables dans le processus hypnotique.

Toute douleur chronique doit être traitée différemment d'une douleur aiguë. Les patients que j'ai eus à traiter dans le cadre de ce mémoire ont été des patients souffrant de douleurs chroniques.

En effet, l'hypnose va s'appuyer sur plusieurs phénomènes influençant la perception douloureuse:

Dans un premier temps, les systèmes de modulation psychologiques mettent en jeu des phénomènes de distraction ou de suggestion. Les zones cérébrales impliquées dans l'expérience douloureuse sont le lobe frontal, l'insula et le cortex cingulaire. Ces 3 zones sont appelées « matrice cérébrale de la douleur ».

Le choix d'un traitement hypnotique dans la douleur chronique telle qu'elle est présente chez les patients migraineux qui m'ont consulté, permet à ceux-ci de faire l'expérience d'une perception différente de leur corps.

Dans le cas de la relaxation hypnotique par exemple, nous allons suggérer au patient, après entretien, qu'il accède lui-même à une partie de son inconscient représentée par son « lieu de sécurité ». Ce lieu est une bulle dans laquelle le patient est conditionné à se sentir bien, détendu, relaxé.

Un lieu de villégiature, une zone de la maison du patient, un élément de cette maison ou un endroit dans lequel le patient est allé, tout ce qui peut être imaginé par le patient en le laissant libre de ses choix... N'importe quel endroit peut être un lieu sécurisé, réel ou imaginaire, dans lequel le patient peut s'épanouir et se détendre.

Nous allons donc agir par détente musculaire sur la composante anxieuse de la douleur.

Cette partie du traitement peut être un début, et permettre un enchaînement avec la partie téléologique ou une autre forme de gestion de la douleur.

La partie téléologique peut, par exemple, utiliser les chiffres pour diminuer le seuil de douleur du patient, en ayant préalablement discuté avec celui-ci afin de lui expliquer l'intérêt d'avoir un « seuil d'alerte minimal ».

A partir de là, nous pouvons suggérer un état de bien-être à notre patient.

Cet état de bien-être suppose un niveau d'EVA acceptable pour la vie quotidienne du patient. On peut par exemple brouiller l'échelle EVA en la renommant « échelle de bien-être » et modifier la valeur initiale des chiffres pour aller vers ce bien-être.

On peut aussi morceler cette douleur en la représentant par un chiffre, un pourcentage, un bouton de volume qui diminue l'intensité...

Dans certains cas, le fractionnement de la douleur peut aussi être intéressant à expérimenter lorsque les chiffres ne sont pas parlants ou lorsque le patient n'imagine pas, par exemple, un niveau de douleur acceptable en dehors de 0.

L'idée que se fait le patient de sa douleur peut être très différente selon chaque individu: une boule, une main, une toile ou un objet particulier... Tout ce qui peut être morcelé est utilisable.

L'association de la douleur à des souvenirs agréables peut aussi être intéressant, notamment dans le cadre du « lieu de sécurité ». Ce lieu peut être retrouvé facilement par le patient à chaque fois qu'il le souhaite par auto-hypnose et donc associer le bienfait de ce lieu à la douleur qu'il peut ressentir au moment où il se plonge en transe. Ce lieu peut servir d'« ancrage ».

Cet ancrage est très intéressant à exploiter pour accélérer la survenue du bien-être lors de phases douloureuses.

La dissociation permet dans la même séance, selon nos choix thérapeutiques, de travailler à la séparation d'un patient de sa sensation douloureuse, éventuellement pour la remplacer par une sensation agréable et travailler cette sensation.

Chaque partie du traitement devient donc emboîtable avec les autres parties, de manière à obtenir un ensemble cohérent pour aider au mieux le patient selon ses codes.

La partie la plus intéressante, selon moi, est la distorsion de l'espace et du temps.

Il est, par exemple possible de déterminer un événement particulier, dans l'histoire du patient qui aura été marquant positivement puis réorienter le patient dans cet événement, ou dans ce lieu.

En ce qui me concerne, j'ai eu surtout l'occasion de travailler sur la réorientation dans le temps.

Une fois le sens de la réorientation définie, il est important qu'il soit progressif: futur si les attentes du patient pour son futur sont parfaitement claires, passé si un événement dans l'historique du patient peut l'aider à le faire progresser ou simplement étirement d'un moment lorsque le patient arrive à identifier des moments où il est bien, et aimerait les prolonger...

Erickson expliquait qu'il commençait souvent ses distorsions temporelles en donnant une date (par exemple la date de dimanche si la séance se passe un lundi), pour progresser vers une semaine particulière, puis un mois, puis une année...

« Et maintenant je veux que vous compreniez, que vous écoutiez très attentivement et que vous compreniez, que le temps va changer de nouveau... Et nous sommes maintenant en 1945, et je vais encore changer le temps... Je veux que vous oubliiez juin 1945. Oubliez Juin 1945, et soyez quand même capable de m'écouter et de me comprendre. Et le temps va changer et vous n'allez pas savoir quel jour on est, ni quel mois on est, et vous n'allez même pas vous en soucier... »

Erickson&Rossi, 1989/2002

V. TRAITEMENT COMBINE

Le simple fait de travailler sur l'origine de la douleur du patient, à savoir le crâne, est une bonne introduction au dialogue.

Les tests ostéopathiques de restrictions effectués, avant de passer au traitement qui nécessite plutôt de ne pas parler, on peut allouer un temps plus ou moins important à la visualisation de la guérison pour le patient. Ils ferment d'ailleurs généralement les yeux spontanément, ce qui constitue un excellent point de départ à une transe hypnotique plus ou moins prononcée pour travailler sur ces douleurs et leur résolution.

Pour résumer, l'entretien préalable pour « faire le point » sur les douleurs du patient sert également d'entretien préalable hypnotique, avec un dialogue explicatif.

Les tests crâniens ne sont que de l'ostéopathie.

La pause qui suit les tests sert d'induction hypnotique.

Et pendant le travail ostéopathique crânien suite à l'induction et aux tests, on peut donc travailler à la fois sur les restrictions de mobilité crânienne et sur la visualisation de l'amélioration de l'état du patient.

Quand on sait que l'état d'esprit du patient est prépondérant dans le traitement, on peut déjà noter plusieurs points positifs dans un traitement combiné hypnose-ostéopathie:

D'une part, lorsqu'un patient vient nous voir de son propre chef pour un traitement de son mal de tête, c'est qu'il pense que le traitement peut fonctionner, donc déjà avec l'espoir d'un résultat positif, c'est un excellent début qu'il faut continuer à cultiver.

D'autre part, le fait que la position allongée, mains sur le crâne du patient favorise le repos à la fois du corps et de l'esprit; ceci plonge le patient dans un état privilégié où il adopte plus aisément les suggestions apportées par le praticien en toute confiance.

La combinaison de ces facteurs est de fait une bonne approche thérapeutique.

Il s'agit d'une forme de traitement combiné qui m'a servi avec certains patients.

Dans certains traitements, comme expliqué plus tard, je me suis concentré sur un traitement combiné en deux parties. Tout d'abord le côté mécanique qui me permettra de réguler d'une part les différents points de blocages articulaires que je vais trouver par les tests ostéopathiques:

- Dorsales
- Cervicales
- Travail crânio-sacré
- Travail crânien sutural et global

En faisant le point lors de la séance suivante, et si l'état du patient s'améliore, je m'intéresse au traitement purement hypnotique qui va, de manière formelle, compléter la séance d'ostéopathie.

L'essentiel est d'obtenir le plus possible une évolution positive et durable de l'état de santé de nos patients, soit par une séance d' « ostéo-hypnose », soit par séances successives d'ostéopathie et d'hypnose qui permettront de stabiliser cette amélioration dans une dimension tant mécanique pure qu'hypnotique (et d'auto-hypnose).

Généralement un protocole de 1 à 3 séances suffit à durablement prolonger les effets positifs, d'après ce que j'ai pu constater.

TROISIEME PARTIE: CAS CLINIQUES

I. CAS RECENSES PAR DES ETUDES DIVERSES

- La première étude que je vais citer a été réalisée en 2016 par Chaibi. Elle concerne des traitements types tels que la chiropraxie, proche dans son approche structurale de l'ostéopathie, un effet placebo, et un traitement médicamenteux classique sur un panel test de patients migraineux.

L'étude est nommée « *Chiropractic spinal manipulative therapy for migraine: a three-armed, single-blinded, placebo, randomized controlled trial* » réalisée par A. Chaibi, J.S. Benth, P.J. Tuchin, et M.B. Russell, publiée en Janvier 2017 dans l' « *European Journal Of Neurology* »

Cette étude a mobilisé 104 patients atteints de migraines chroniques sur 17 mois, à l'hôpital Universitaire de la ville d'Oslo.

Le traitement pharmacologique du groupe test n°1 était conservé tel que prescrit par leur médecin, classiquement. Ceux du groupe n°2 étaient traités par des chiropracteurs utilisant la technique « Gonstead », qui travaille sur des remaniements articulaires autour du rachis, ainsi que des manipulations dites « spinales ».

Le groupe n°3 était traité par une méthode purement inventée « placebo » chiropractique, basée sur des manipulations factices sur la région glutéale et/ou de la scapula.

Au cours de l'expérience 3 relevés sont effectués à différents intervalles:

1/ Le nombre de jours de migraine par mois

2/ La durée des migraines

3/ L'intensité de ces migraines, ainsi que le niveau de consommation médicamenteuse

Les résultats ont été très clairs. Le nombre de jours de migraine a été très notablement diminué dans les 3 groupes tests. Les effets positifs ont même persisté dans le groupe « placebo » et le groupe « Chiro »: les événements migraineux qui ont éventuellement refait surface ont été d'intensité modérée, et moins fréquents.

Le résultat de l'étude est qu'il est parfaitement possible de traiter un patient en placebo, tout en ayant de bons résultats.

Ce qu'il faut en retenir est qu'il existe un lien non négligeable entre le psychique et l'évaluation de la douleur migraineuse.

Il serait donc possible de traiter un patient de la même manière que l'on traite une douleur chronique, de manière hypnotique.

La réaction du patient dépendra en revanche certainement de la propension du thérapeute à utiliser les termes adaptés au patient traité.

- La deuxième étude qui rejoint ma considération personnelle pour le côté traitement de la migraine par une forme de dissociation hypnotique, se nomme « *Effect of Different Meditation Types on Migraine Headache Medication Use* » et a été conduite par Amy B. Wachholtz, Christopher D. Malone, et Kenneth I. Pargament en 2015, publiée dans « *Behavioral Médecine vol 43* » en 2017

Cette étude porte sur la relation entre la méditation et le traitement de la migraine. Le coté médicamenteux n'a pas été oublié et tous les participants traités par médicaments n'ont pas arrêté leurs traitements lors de l'expérience. L'étude a été réalisée sur 92 sujets, aucun d'entre eux n'utilisant la méditation. 4 groupes ont été formés, chacun chargé de pratiquer, pendant 30 jours et à raison de 20 minutes quotidiennes, l'un des 4 types suivants de méditation:

- 1/ Méditation Spirituelle
- 2/ Méditation séculaire orientée intérieurement
- 3/ Méditation séculaire orientée extérieurement
- 4/ Relaxation musculaire progressive

Chaque groupe a vu sa consommation médicamenteuse diminuer, ainsi que la sévérité des crises migraineuses et leur fréquences. Toutefois la fréquence des crises a été encore plus nettement diminuée dans le groupe de méditation dite « spirituelle »

En résumé, la méditation n'affecte pas le niveau de douleur à proprement parler, mais plutôt le niveau de tolérance à cette douleur. Ce qui permet de réduire le protocole médicamenteux.

Là encore, il est question d'un traitement basé sur une démarche proche de l'hypnose dans le traitement de la douleur chronique. Ici spécifiquement au niveau des migraines, mais certainement transposable dans beaucoup d'autres domaines médicaux.

- Une étude sur les causes des migraines, parue en août 2014 dans le journal « Current Pain and Headache Reports », réalisée par le professeur Stephen J. Peroutka, indique les causes probables de migraines par pourcentage selon les différents facteurs.

On apprend notamment que les causes les plus fréquentes des migraines sont pour 58% le stress, puis viennent toutes les causes auditives à 56%, et la fatigue à 45%.

Les autres causes sont dans une moindre mesure, le fait d'une hygiène alimentaire inappropriée, les facteurs hormonaux, visuels, olfactifs, de sommeil, sans omettre la météo et l'alcool.

Nous pouvons remarquer que 2 des 3 cas prédominants de facteurs déclenchants chez les migraineux, sont des facteurs psychologiques qu'il est assez simple de maîtriser avec un traitement hypnotique adapté.

- Enfin, une étude parue en 2006, par Anderson RE, et Seniscal C., nommée « A comparison of selected osteopathic treatment and relaxation for tension-type headaches » cherche donc les relations existantes entre l'utilisation de traitements psychologiques type relaxation et d'ostéopathie sur un panel de patients.

Ceci représente parfaitement le type de traitement croisé que je cherche à explorer. Le résultat de cette étude montre clairement que l'intensité et la fréquence des crises migraineuses sont fortement diminuées lors d'un traitement combiné, contrairement à un traitement uniquement basé sur la relaxation. Les traitements ostéopathiques reposent sur une base de 3 traitements espacés.

- Un article publié dans la revue médicale suisse, « L'apport de l'hypnose dans le traitement de la migraine », par A. Violon, en 2012, explore les relations entre traitement migraineux et hypnose.

Il suggère d'après les études sur lesquelles il s'appuie que cette pathologie est canalisable. Il relate des cas de patients capables de dissocier le moi conscient de la douleur ou de l'endiguer, simplement par la volonté.

Selon lui, traiter les patients migraineux par des méthodes psychologiques, c'est avant tout faire de la prévention.

L'auteur utilise une phrase qui me semble parfaitement adaptée: « *la migraine est une affection bio-psychologique* »

II. PLUSIEURS CAS TRAITES AU CABINET

Dans les cas de migraines que j'ai pu traiter, j'ai voulu privilégier les patients pour qui les traitements médicamenteux n'ont pas fonctionné, ou n'ont pas eu l'impact escompté.

Ces patients ont eu plusieurs rendez-vous avec différents praticiens, dans le milieu médical ou paramédical, sans succès.

Cette méthodologie volontairement limitée m'empêche d'avoir accès à beaucoup de patients, d'où un nombre de résultats qui ne me permet pas d'en faire une étude complète, mais plus un compte-rendu sur ces quelques personnes traitées.

Quoi qu'il en soit, voici les personnes qui ont décidé de suivre ce protocole d'ostéopathie et d'hypnose et qui m'ont fait l'amitié de partager leurs ressentis après les séances.

● Cas de Melle B., 24 ans,

Melle B., 24 ans, est affectée par des douleurs de type migraines depuis plusieurs années, elle suit un traitement médicamenteux qui permet de limiter les crises douloureuses les plus violentes.

C'est une patiente que je suis depuis quelques temps en kinésithérapie pour des douleurs dorsales récurrentes.

Melle B. note l'évolution jour après jour de ses migraines sur un carnet depuis 2016, date du début du traitement médicamenteux de ses crises.

Melle B. a créé son propre système de notation de 0 à 5 qui lui permet d'évaluer au jour le jour la nature et l'intensité de ses crises, avec parfois une note supplémentaire si la crise est assortie d'autres symptômes.

Pendant l'année 2016, on note des crises avec une fréquence moyenne d'une migraine par semaine environ, et d'une intensité de 2 à 4 le plus souvent. Les crises les plus importantes de niveau 4 par exemple ont eu lieu les 15 juin, 29 juin, 27 juillet, 20 septembre, 4 octobre 2016, et 1er janvier 2017.

Pendant l'année 2017, je n'ai pu consulter son planning de crises que jusqu'au 19 août. Les crises se sont un peu espacées, mais l'intensité a été à chaque fois plus importante, avec des crises de niveau 4 les 13 et 14 janvier, le 30 janvier, 18 février (assortie d'un malaise et de douleurs gastriques importantes), 1er mars, 21 et 26 mars, 7, 15, 16, 20 avril, 4 mai, 19 juin, 2 juillet et 19 août.

Ayant en main toutes ces données, j'ai pensé effectuer un traitement combiné hypnotique et ostéopathique.

En basant mon traitement sur les sensations ressenties par Melle B. et sur un traitement classique rachidien et crânien, je vais évaluer l'impact de ce traitement sur la qualité de vie au quotidien de Melle B.

Nous avons dans les semaines qui ont suivi, dès que nos plannings respectifs l'ont autorisé, planifié une séance un peu plus poussée pour évaluer la teneur de cette douleur et les traitements proposés par le corps médical.

Melle B. est traitée par deux médicaments, le ZOMIG et le SANMIGRAN.

Le SANMIGRAN ayant eu des effets secondaires désastreux sur la santé de Melle B., elle n'utilise que le ZOMIG qui est plutôt efficace.

Lorsque nous nous sommes vus elle évoque plusieurs points intéressants, notamment l'évaluation d'une crise migraineuse notée 5 sur son carnet, note la plus élevée qu'elle peut donner à une migraine, cette crise ayant été assortie de vomissements.

Elle m'explique que ses crises migraineuses se sont déclenchées il y a longtemps suite à la découverte d'un problème à l'œil droit, qu'aucun médecin n'a pu définir au-delà du simple « problème ».

Elle identifie parfaitement l'aggravation d'une crise, ainsi que les signes qui la terminent: en effet, l'aggravation est due à des stimuli auditifs, olfactifs, et à la fatigue. La fin de la crise a un élément déclencheur qui est un engourdissement crânien, mais non dans un sens péjoratif puisque plutôt agréable.

J'imagine alors que cette sensation peut être travaillée pour être retrouvée lors des crises afin de les limiter dans le temps.

Lors de notre prochaine séance je vais insister sur ces éléments-là ainsi que sur l'imagerie qu'elle donne à sa migraine.

Quand je lui demande de me schématiser sa migraine, elle m'explique deux points importants: « un petit bonhomme qui essaye de me faire rentrer l'œil dans mon orbite en poussant dessus » puis « un autre petit bonhomme avec un marteau-piqueur qui tape dans ma tête jusqu'à ce que je devienne folle », dans cet ordre-là. Je lui ai également demandé si elle associait une couleur à ses migraines; elle m'a répondu aussitôt « le rouge, parce que c'est violent ».

Je pense donc qu'il serait possible de travailler sur cette couleur en l'associant à ses migraines et à la dilution de cette couleur à travers cette sensation agréable d'engourdissement.

Les « petits bonhommes » qu'elle me décrit peuvent aussi entrer en jeu en lui faisant ressentir cette « libération » de son œil, par un mouvement inverse de celui qu'elle imagine, de manière douce et rythmique, de plus en plus lente pour limiter le rythme du « marteau-piqueur ».

La première séance aura lieu une semaine plus tard.

Dans le cas de Melle B., la séance se passe comme suit:

La première séance nous aura permis de faire connaissance et d'engager la discussion sur ses douleurs. Melle B. a émis quelques doutes sur l'hypnose et donc, afin de ne pas la brusquer, j'ai préféré commencer par un traitement en ostéopathie à partir de la deuxième séance, simplement.

Ce qui me permet dans un premier temps de discuter plus avant des craintes de Melle B. sur l'hypnose et de commencer à engager un traitement purement mécanique.

J'effectue donc mes tests mécaniques, je note un point au niveau des cervicales moyennes que j'évalue en C5, avec un blocage en postériorité à gauche.

Lors de ma correction que je choisis d'effectuer sur le dos, Melle B. me dit que ce point la gêne depuis un moment et qu'elle n'est jamais arrivée à le faire passer. Elle ressent déjà une libération articulaire qui me permet de démarrer mon traitement.

Je m'oriente ensuite sur les limitations de sutures éventuelles en crânien.

Je trouve un rythme crânien légèrement plus lent à gauche qu'à droite, je vais donc synchroniser tout simplement les temporaux par roulement alterné des mastoïdes.

Cette première manoeuvre passée nous discutons un peu, mes mains toujours en contact avec son crâne, pendant qu'elle reste allongée. Elle dit qu'elle s'est renseignée déjà sur les techniques d'hypnose et qu'elle a trouvé plusieurs témoignages de personnes souffrant de migraines pour lesquelles cette thérapie a fonctionné.

C'est un très bon début puisqu'elle a fait la démarche de recherche de son propre chef.

Nous décidons donc d'un prochain rendez-vous et j'insiste pour que Melle B. note, comme elle le fait d'habitude, la fréquence et l'intensité de ses crises afin de vérifier si l'ostéopathie seule a apporté des réponses à ses douleurs.

Lors de notre deuxième séance, j'installe Melle B. sur le dos, après l'avoir rapidement interrogée sur les jeux vidéo auxquels elle aime jouer (j'ai recueilli Mario et Zelda).

Je l'interroge également sur le niveau qu'elle souhaite donner à sa douleur pour qu'elle devienne « confortable ». Sans hésiter elle me donne le chiffre 2, qui est pour elle le point de départ de la « vraie » sensation douloureuse.

Je commence l'induction alors qu'elle est allongée et une fois l'état de transe installée, je pose mes mains sur son crâne en lui suggérant un contact frais sur son crâne. Alors que je passe mes mains sur son occiput, je lui suggère une sensation de légèreté qui s'étend et s'installe sur son crâne au fur et à mesure que la sensation de fraîcheur s'intensifie sur ses tempes (je travaille plus précisément sur la suture sphéno-temporale à ce moment-là).

Je lui suggère qu'elle est en train de jouer à ses jeux vidéo préférés, confortablement installée dans son fauteuil préféré chez elle, dans un environnement calme, sans aucune tension musculaire.

J'insiste lors du traitement sur les changements de couleurs du rouge (couleur qu'elle associe à sa migraine) au vert (couleur qu'elle associe à la dissipation de la douleur). Je vais également associer ces couleurs à ses jeux vidéo préférés (le rouge de Mario, le vert de Luigi, la couleur rouge des couchers de soleil dans Zelda, la couleur verte du costume de Link dans Zelda).

A la fin de la séance, j'interroge Melle B. sur ses ressentis immédiats.

Elle s'est vraiment vu jouer à Mario, et utiliser les « coups de casquette » sur les ennemis, chaque coup assurant la régulation de sa douleur crânienne (« les petits bonshommes dans sa tête avec des marteaux-piqueurs » qu'elle voulait assommer à coup de casquette de Mario).

A ce moment de la séance il y a eu des travaux dans la rue avec des marteaux-piqueurs juste devant le cabinet, bruits parfaitement audibles depuis la salle de soins.

Elle m'a avoué avoir entendu au début les coups, puis très vite être « retournée » dans son état de transe et avoir « complétement oublié ces bruits ».

Il est à noter que lors de ces bruits de marteaux-piqueurs, j'ai utilisé la visualisation d'une télécommande dans sa main droite (main « oui » et dominante) avec deux touches + et - permettant de réguler l'intensité de ce marteau-piqueur... et de son état de confort.

Le résultat de la séance a donc été très positif, avec de grandes attentes de ma patiente.

Nous nous revoyons dans deux semaines plus tard pour refaire un point sur ses douleurs.

Dès le début de la séance suivante, la troisième, Melle B. m'indique qu'elle souhaite, cette fois, un simple traitement ostéopathique.

Nous évoquons les points abordés précédemment. Je recherche l'éventuelle persistance de blocages et je constate la disparition de ces derniers. Je décide alors de travailler sur une synchronisation du rythme crânien droite/gauche.

La séance suivante ressemble à la première séance, avec association d'hypnose et d'ostéopathie. La partie ostéopathie reste douce et crânienne.

● **Cas de Melle C., 30 ans.**

Melle C. souffre de migraines depuis plusieurs années, à un rythme soutenu de 3 à 4 crises migraineuses par semaine, d'intensités variables (4-9 sur l'EVA)

Elle définit elle-même ses déclencheurs comme étant très aléatoires. De la même manière que le côté touché par ses crises, qui peuvent être à droite, à gauche ou des deux cotés (ce dernier cas étant très rare).

Toutefois, l'apparition de ses crises semble être très souvent déclenchée par des odeurs (l'odeur de l'essence, de certains parfums) ou de la lumière trop intense (elle me cite un ciel nuageux blanc ou trop ensoleillé sans port de lunettes de soleil), mais également par une imprégnation hormonale (Melle C. a subi une opération d'un ovaire polykystique et depuis les crises se sont un peu espacées).

Le problème de l'imprégnation hormonale est tout de même assez controversé par le corps médical qui a suivi Melle C. car ses migraines se sont déjà déclenchées avant la puberté.

Aujourd'hui, un traitement médicamenteux au PROPANOLOL LP 40, suivi chaque jour, permet à Melle C. de diminuer considérablement la fréquence de ses crises.

Elle arrive à faire disparaître le reste des poussées par un traitement à base d'IZALGI (paracétamol et opium) qui reste relativement léger, mais elle aimerait éviter si possible d'utiliser des médicaments)

Les images qu'elle utilise sont particulièrement intéressantes et utilisables avec la technique des Drs Anderson, Basker et Dalton puisque sa douleur est selon ses termes « comparable à l'impression d'avoir mon cœur dans ma tête, de ressentir ses battements qui se répercutent ».

Il est donc, de par ses sensations et de par le métier médical de Melle C., très facile de faire le parallèle entre battements cardiaques, flux dans les veines et artères et visualisation d'un « ressac » sanguin.

Je décide donc d'employer cette imagerie pour les séances à venir.

Pour appuyer l'imagerie à utiliser lors des séances, je lui ai demandé le symbole qu'elle pourrait donner à son mal de tête.

Elle a sans hésiter donné l'image de « la foudre qui tape sur la tête » en m'expliquant que cette image était parlante parce que « ça fait mal et ça arrive d'un coup, quand le ciel devient sombre, comme un orage ». Le phénomène de déclenchement lumineux chez elle peut donc également être utilisé dans l'imagerie de la guérison, par exemple: « la lumière intense d'un éclair ne dure qu'un instant et s'apaise très rapidement, il frappe le sol et s'éteint, si facilement, si rapidement, qu'on dirait tout simplement qu'il n'a jamais existé... etc... »

Dans le cas de Melle C., la séance se déroule comme suit:

Après un retour sur la précédente séance où elle m'a « planté le décor » de son mal de tête, je vais ensuite observer son dos pour le tester en rotations, inclinaisons, flexion et extension. Je teste également ses cervicales pour déterminer s'il y a un manque de mobilité qui pourrait nuire à la suite de la séance.

Je retrouve uniquement une dorsale qui ne me semble pas « bouger » comme les vertèbres sus et sous-jacentes. Les cervicales vont bien et aucun manque de mobilité n'est à déplorer. Melle C. s'allonge donc et je teste à nouveau les différents étages dorsaux par traction cervicale. Effectivement, une limitation en D4-D5 persiste.

A ce stade je ne vais corriger que ce point purement mécanique, par manipulation « dog » (la patiente est sur le dos, mon sternum en contre appui pour travailler spécifiquement sur le point qui pose problème, sans la faire changer de position trop souvent)

Puis je reviens à la tête de ma patiente et je commence à tester les différences de mobilité crânienne.

Il m'apparaît alors une limitation sphéno-temporale droite. Je vais donc commencer le traitement ostéopathique de cette lésion.

Melle C. étant allongée, je lui demande de bien vouloir fixer un point et laisser son regard se troubler, ses paupières devenir lourdes, et autoriser ses paupières à se fermer.

Nous mettons en place le signaling et je lui demande de ressentir plus intensément le contact de son dos contre la mousse qui la soutient, de ressentir l'air qui entre et sort de chaque narine pour alimenter les poumons, les signaux auditifs (j'ai une légère musique de détente dans mon cabinet) et de bien se concentrer sur ce rythme respiratoire, à tel point que mes mains qu'elle ressentait jusque-là n'existent plus, et que seul le son de ma voix, lent, rythmé, lui permet de trouver cette circulation sanguine qu'elle imagine bien plus lente, bien plus cadrée, bien plus douce...

Voici quelques expressions utilisées en séance:

« Comme une plume légère qui se pose délicatement au sol, puisque tout ce qui n'est pas brutal est doux, dans une lumière apaisante, cette plume se pose doucement au sol, avec toute la douceur d'un mouvement lent, tellement lent, tellement facile à imaginer, facile à accompagner... » (lors de ces paroles j'accompagne mes mots par la correction de ma suture sphéno-temporale, qui se prête parfaitement à ce rythme puisque particulièrement doux).

A la fin de la séance où j'utilise aussi dans mon vocabulaire, cette sensation de froid ressenti comme apaisant. Je laisse Melle C. un moment dans cette transe légère (je n'ai pas fait de catalepsie, ni de lévitation), et je n'oublie pas la distraction en fin de transe dès qu'elle ouvre les yeux « vous devez partir juste maintenant où vous avez un peu de temps devant vous? »

Elle me répond qu'elle a un moment encore et nous restons quelques secondes sans parler, elle s'étirant comme au réveil. Puis elle se lève doucement et nous discutons de choses et d'autres jusqu'à son départ du cabinet.

Cette expérience semble avoir beaucoup plu à Melle C., nous nous reverrons dans deux semaines plus tard pour poursuivre le traitement et faire le point sur son utilité dans son cas particulier.

Lors de notre deuxième rendez-vous je vais reprendre la même séance que précédemment, en vérifiant que les correctifs appliqués en ostéopathie se maintiennent.

Je l'interroge avant notre séance sur ses migraines: il lui semble ne pas avoir eu de violente crise durant les deux semaines qui ont suivi la première séance, ce qui est encourageant. Quelques débuts de migraines mais elles n'ont pas été comptabilisées, un oubli sûrement, et dans ce cas, c'est peut-être qu'elles ont réellement été de très faible intensité.

La séance a lieu deux semaines plus tard: lors des tests, je ne trouve pas de changement par rapport à ce que j'ai pu travailler, tout est donc en place, et mes correctifs ont tenu.

Elle va donc se rallonger et je vais passer à nouveau aux tests en crânien.

Les sutures me semblent plus souples que la dernière fois, je reste donc simplement en position au niveau des mains. Je vais simplement effectuer une manœuvre générale de décongestion.

Lors de cette manœuvre, douce, je demande à Melle C. de fermer les yeux et je vais à nouveau induire une transe, qui se passera sans lévitation ni catalepsie, comme la dernière fois. Melle C. a toutefois ressenti plus de facilité à se plonger dans cet état de transe que lors de notre première séance.

Je vais à nouveau utiliser l'imagerie des vaisseaux et du flux sanguin que je vais associer au ressac des vagues (Melle C. apprécie beaucoup la mer et la plage). Associer cette image de mouvement de va et vient me semblait le plus approprié et quelque chose de positif pour Melle C.

Nous reprenons le travail autour de la visualisation d'un flux de plus en plus calme et détendu, parfaitement synchronisé avec un état de bien-être, bien loin de toute douleur. Je progresse dans la séance en faisant en sorte de ne pas utiliser de mots négatifs.

A la fin de la séance, Melle C. se sent bien, rouvre les yeux normalement à la fin du compte à rebours.

Un point sur la situation sera fait deux semaines plus tard afin d'évaluer le degré d'éventuelles crises.

● **Cas de Mme S., 49 ans,**

Mme S. a des douleurs chroniques qui n'ont jamais été réglées par des traitements médicamenteux.

Elle associe le début de ses crises migraineuses à son divorce puisqu'elle me signifie ne jamais en avoir eu avant.

Son historique médical fait que les médecins ont d'abord cru à une névralgie du trijumeau, mais très rapidement les migraines à gauche (coté migraineux donc) se sont rajoutées.

Son premier traitement d'une relative efficacité, a consisté en une diffusion hormonale en continu pour arrêter ses règles, mais lui a tout de même laissé des crises certes moins fréquentes mais toujours existantes.

Mme S. ne considère pas que ce traitement soit une réussite.

Elle a donc été directement au centre anti-migraines de Toulouse où, à partir d'un questionnaire, son état migraineux a été simplement confirmé; à cela s'est ajouté une démarche de déculpabilisation de prise de médicaments.

Mme S. est traitée sous ZOMIGORO et PROPANOLOL. Ces crises migraineuses ne se sont pas pour autant arrêtées et, généralement, chaque weekend est ponctué par une crise qui dure 2 à 4 jours avec des pics douloureux à 9 sur l'EVA. Pour elle, une EVA à 1 serait acceptable.

Elle me dit être anxieuse et perfectionniste. Pour elle, les crises migraineuses sont dues à la décompression du week-end. Si, par exemple, elle est occupée pendant le week-end, soit les crises n'apparaissent pas du tout, soit sont diminuées en intensité ou en durée.

Elle a déjà consulté un ostéopathe spécialisé dans le traitement des migraines ce qui lui a procuré un apaisement, mais sans maintien dans la durée.

Comme précisé plus haut, elle identifie sa douleur à une main grande et musclée qui lui arrache l'œil de l'intérieur, d'où son anxiété.

Elle souhaiterait transformer cette main en une main plus petite qui lui ferait une caresse, et changer cette sensation d'anxiété en sérénité.

Dans le cas de Mme S., la séance se déroule comme suit:

Mme S. craint les manipulations en ostéopathie.

Je vais donc commencer par discuter avec elle en lui expliquant les raisons de ces manipulations, dans quel but, et en lui laissant le choix des techniques utilisées.

Suite à notre discussion je fais les tests ostéopathiques et je m'oriente donc selon le souhait de Mme S. sur des techniques plutôt ligamentaires (Sutherland) et myotensives.

Je trouve un bloc cervical en postériorité gauche qui sera corrigé uniquement en Sutherland, ainsi qu'un déséquilibre au niveau des ceintures scapulaires et du bassin.

Le bassin est quant à lui plutôt droit, en déséquilibre donc par rapport aux épaules qui présentent un net abaissement à droite (qui peut être expliqué par une hypertonicité du trapèze gauche, entraînant en partie la migraine exclusive gauche de Mme S.).

La ceinture scapulaire sera régulée par des techniques myotensives également dorsales. Les tests après manipulations se révèlent moins déséquilibrés, avec un rattrapage du décalage de la ceinture scapulaire.

Au niveau purement crânien, j'ai utilisé un travail général de décompression ainsi qu'un travail sutural en V Spread sur l'ensemble des sutures sur surimpactées à gauche, tout autour du sphénoïde.

A la fin de la séance Mme S. se sent bien. Nous notons le prochain rendez-vous en hypnose pour consolider les effets positifs de la séance.

La séance suivante a été uniquement basée sur un travail en hypnose. Lors de cette séance nous avons eu l'occasion de discuter un petit moment avant le début de la partie hypnose effective.

Mme S. a insisté sur le fait que ses douleurs étaient plus brèves, en « pic » et qu'elle aimait la thalasso, particulièrement l'eau froide et le contact du froid plus généralement. Nous discutons également de son ressenti douloureux et de ses niveaux de confort; elle me

confirme brièvement que tout ce dont nous avons parlé la dernière fois est toujours d'actualité.

Comme elle apprécie les balades au Pic-du-Midi de Bigorre, je vais travailler sur les sensations de froid et de calme environnant, en insistant sur leurs effets au niveau de la tête.

J'insiste d'abord sur le froid ressenti comme une caresse qu'elle garde en elle et qu'elle pourra faire resurgir plus tard dès qu'elle en aura besoin.

Je vais aussi faire travailler Mme S. sur son état de confort et sur le fait qu'elle est capable de façon automatique de laisser son cerveau travailler, exactement comme en semaine, tout en se relaxant comme en week-end (puisque la décompression du week-end et l'inactivité semblent provoquer ce pic douloureux, même après le travail ostéopathique).

Mme S. me dira, quelques jours plus tard, le prochain week-end passé, si son niveau de confort a évolué durablement.

● ***Cas de Melle M., 37 ans,***

Melle M. est également une patiente passée au centre anti migraine de Toulouse. Elle a suivi plusieurs traitements, sans plus de succès.

Les médicaments pris sont le LAROXYL qui n'a absolument eu aucun effet. Puis NOCERTONE, VIDORA et CODEINE, qui ont dû être arrêtés pour cause d'hypertension. Sa douleur part généralement de l'œil, à droite ou à gauche, pour diffuser dans tout l'hémi-crâne, chaque jour, avec une intensité plus ou moins importante allant jusqu'à 8 sur l'EVA. La valeur moyenne de sa douleur est de 4, et le niveau acceptable est de 2, niveau qu'elle qualifie elle-même de « parfait ».

Elle chosifie sa douleur comme étant un « Pic Vert » ou un « étai » selon le moment. Le terme de Pic Vert était venu spontanément sans même que je lui demande quoi que ce soit. L'émotion associée à cette douleur est l'énerverment, et l'émotion opposée, pour elle, est la sensation de plaisir que lui procurerait le fait de ne plus avoir mal.

La sensation de chaleur est pour elle plutôt bénéfique.

Dans le cas de Mlle M., la séance se déroule comme suit:

Melle M. me raconte d'abord que ces sensations douloureuses ont fortement diminué suite à notre premier entretien qui constituait une « pré-séance ». Finalement, cet entretien aura déjà fait du bien.

Melle M. et moi-même avons programmé une séance d'ostéopathie suivie d'une séance d'hypnose. Mlle M. a choisi cette façon de procéder plutôt qu'une séance mixte hypnose et ostéopathie.

Tant que les deux composantes font partie du soin global, rien ne me pose problème.

Nous avons donc débuté par une séance d'ostéopathie.

Je vais tester les différentes restrictions articulaires et crâniennes de Mlle M. et relever ainsi les points suivants:

-Une postériorité droite dorsale entraînant une rotation de la colonne, une limitation de rotation gauche cervicale, une raideur générale du rachis, une ceinture scapulaire plus basse à droite, et une ceinture lombaire plus basse à gauche.

-Lors de ma traction cervicale en position allongée je note des limitations articulaires en T3, T4, T5, ainsi que C4. Egalement une désynchronisation des temporaux et des trapèzes tendus à droite et à gauche que je vais traiter par « trigger » (cf partie traitement de ce mémoire)

Je pratique ensuite une décongestion générale du crâne et une correction de tous les points cités ci-dessus, avec en plus un travail du rythme crânio-sacré.

A la fin de cette séance, Mlle M. se sent détendue.

Nous nous revoyons la semaine suivante pour la séance d'hypnose.

La séance d'hypnose de Melle M. a été basée sur les codes qu'elle a pu me donner dans son anamnèse, comme toujours en hypnose.

J'ai eu l'occasion d'utiliser de nombreux éléments combinés pertinents dans le discours de Melle M.

J'ai commencé la séance par un compte à rebours en insistant sur la détente à chaque chiffre, particulièrement sur les chiffres 4 à 2, puisque Mlle M. semblait accepter une douleur sur une EVA à 2, et que sa moyenne est à 4. Une fois arrivé à la fin du compte à rebours, je l'ai invitée à se projeter sur une belle plage, semblable à celles qu'elle connaît, en prenant soin de démarrer cette visualisation de nuit (noir étant la couleur associée à sa douleur), et en voyant le soleil se lever, sur un ciel bleu profond, se mêlant à la mer bleue elle aussi (le bleu étant la couleur associée à la guérison chez elle).

Tout en insistant sur cette couleur et en laissant le noir de la nuit derrière elle, je lui ai parlé de l'ouverture sur le paysage, le relâchement (champ lexical opposé à la fermeture de l'étau dont elle me parlait). J'ai aussi abordé la luminosité légère, douce, et le chant des oiseaux, loin, qui s'accorde parfaitement avec les sensations de bien-être ressenties (l'objet qui définissait son ressenti douloureux étant un Pic Vert, et la luminosité aggravant ses migraines).

La chaleur améliorant son état, j'ai donc insisté sur la chaleur ambiante, douce et bénéfique.

Mon champ lexical a été orienté vers le confort, ainsi que sur le contrôle de cet état confortable, en utilisant les chiffres et la désorientation dans le temps, pour que ces états de bien-être durent le plus longtemps possible (étirer les moments positifs).

Melle M. est sortie de la séance « en forme ». Nous nous donnerons des nouvelles les jours suivants afin d'évaluer les effets de ces séances.

D'autre part, la séance d'ostéopathie a été plutôt bénéfique puisque même les crises revenues, elles étaient d'intensité bien moindre (EVA 2-3), et sur une seule journée, n'empêchant pas Mlle M. de travailler.

● **Cas de Mme L., 51 ans,**

Mme L. est une patiente particulière dans le sens où elle est arrivée au cabinet en urgence suite à de grosses crises migraineuses qui duraient depuis quelques jours.

J'ai été le premier ostéopathe auquel elle faisait appel, souhaitant tester cette technique sur ses migraines devenues chroniques depuis de nombreuses années.

Dans le cas de Mme L., la séance se déroule comme suit:

Notre première séance a donc été longuement explicative, axée sur les possibilités de rémission qu'apportent l'ostéopathie. Nous avons pu aborder également le sujet de l'hypnose, que Mme L. a accepté.

Nous avons donc prévu un prochain rendez-vous la semaine suivante pour évaluer sa douleur, et ses attentes.

La première séance ciblée ostéopathie est destinée libérer les tensions musculaires présentes sur les trapèzes supérieurs par triggers principalement, puis par manipulation vertébrale sur D4 (niveau trouvé et corrélé par plusieurs tests debout et allongée); il n'y avait aucune restriction articulaire cervicale.

Le reste du travail a donc été plutôt crânien, avec comme bien souvent un relâchement sutural autour du sphénoïde et une ouverture des sutures associées.

Une semaine plus tard, nous nous sommes donc revus pour effectuer une « pré-séance » d'hypnose.

Ma patiente a profité de ce rendez-vous pour m'exposer les effets de la séance d'ostéopathie. Elle a eu un début de crise migraineuse endigué rapidement par simple massage sur son front. Chose jusque-là impossible.

De plus, elle m'explique que son côté gauche, en crise lors de notre premier rendez-vous, ne la fait plus souffrir.

Les résultats sont donc positifs.

Mme L. m'explique que ses crises durent systématiquement 3 jours avec un pic douloureux au 2ème jour et qui s'estompe au 3ème jour. L'EVA de sa douleur se situe à 7 en moyenne. Elle serait à un niveau acceptable à 5 sur cette même échelle.

Quand je la questionne sur la matérialisation de sa douleur et de ce qu'elle souhaiterait en faire, elle me donne plusieurs éléments autour desquels il sera possible de travailler: premièrement, elle m'explique que cette migraine lui procure de l'angoisse, matérialisé par la couleur noire, et qu'elle ressent comme quelque chose de planté, ancré dans sa tête.

Elle ajoute ensuite que cela ressemble à une boule de feu dans sa tête, en mouvement comme une tornade.

Elle se sentirait libérée, et pleine de joie de ressentir une amélioration, et décrit le contraire de cette tornade comme une vague apaisante, un ressac léger.

Elle précise également qu'il y a de nombreuses années elle avait réussi toute seule à arrêter simplement par la pensée un début de crise migraineuse. C'est un élément important puisqu'elle s'en souvient encore plus de 25 ans plus tard.

L'imagerie de la mer, de l'océan est ici intéressante puisqu'en lien direct avec l'endroit dans lequel elle se sent bien, à savoir son lieu de villégiature, à Montalivet, à l'océan (une maison

devant l'océan comme elle me le décrit avec un bruit de vagues qui l'apaise particulièrement).

La séance d'hypnose suivante a été essentiellement orientée vers la visualisation de sa maison de vacances, les sensations de fraîcheur sur son crâne, la désorientation dans le temps de manière à prolonger l'effet positif de la séance et de sa visualisation, tout en travaillant autour de couleurs positives pour elle (le blanc de l'écume, des nuages...). Le terme de « liberté » et de « joie » sont revenus souvent, comme elle me l'avait précisé dans notre entretien.

Puis nous avons travaillé sur la gestion de sa douleur par « télécommande » en utilisant les termes « ralentir » « accélérer » « augmenter » « baisser » de manière à adjoindre distorsion du temps et amélioration de son état de confort.

Il a aussi été important de lui rappeler ce moment où elle a pu gérer elle-même sa douleur à ses 26 ans (jeu dans la distorsion du temps).

La séance toute entière a été accompagnée de bruits de vagues, de manière à ce que Mme L. puisse plus facilement visualiser son endroit « refuge » à l'océan.

III. CONSEQUENCES, CHRONICITE ET ADAPTATION A LA DOULEUR

Avant tout, il est utile de rappeler ce qu'est une douleur considérée comme « chronique ». Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), une douleur dite « chronique » est définie comme un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes:

- persistance ou récurrence qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ; réponse insuffisante au traitement ;
- détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

Lorsqu'elle devient chronique, la douleur perd sa 'finalité' de signal d'alarme et elle devient une maladie en tant que telle quelle que soit son origine.

La douleur chronique est fréquemment associée à des facteurs de renforcement qui participent à sa persistance comme:

- des manifestations psychopathologiques ;
- une demande insistante du patient à recourir à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à le soulager ;
- une difficulté du patient à s'adapter à la situation.

La douleur chronique doit être appréhendée selon un modèle bio-psycho-social, sa prise en charge reposant d'abord sur une démarche évaluative puis sur un traitement, souvent multi-modal, dont l'objectif est réadaptatif.

Ces douleurs en devenant chroniques avec le temps, sont très handicapantes particulièrement pour la vie quotidienne.

L'impossibilité de sortir et la limitation des interactions sociales sont parfois très pesantes.

Melle B. par exemple, étudiante, doit à la violence de certaines crises un certain absentéisme en cours ainsi qu'à quelques réunions entre amis où la douleur l'empêche d'aller.

Lors de ses traitements, Melle B. m'a avoué « s'être habituée à vivre avec » et dans ma démarche de soins au début, lorsque nous avons parlé de ce traitement, elle était plutôt dubitative sur l'intérêt d'un traitement autre que médicamenteux.

Je pense que sa douleur lui appartenant, elle se l'est tellement appropriée qu'elle a du mal à imaginer qu'il est possible de vivre sans ou d'apprendre à gérer elle-même ses crises, en dehors d'un appui médicamenteux qu'elle a parfaitement intégré à sa vie au quotidien.

Melle C. me décrit les conséquences de ses migraines comme très compliquées à gérer au quotidien car peu compréhensibles par son entourage.

Sa mère étant infirmière, elle peut intégrer les douleurs subies par sa fille, mais le lycée où était scolarisée Melle C. n'a pas su tenir compte de cela.

Les absences répétées de Melle C. en cours ont eu pour conséquences son exclusion du lycée pour « fainéantise », dans l'incompréhension la plus totale du corps enseignant. Elle

a donc dû passer son bac en candidat libre. Chez elle, elle pouvait plus facilement travailler et « contrôler » les odeurs et les stimuli visuels environnants. Elle a obtenu son bac puis ses concours d'aide-soignante et d'infirmière de cette manière.

A l'école d'infirmière l'enseignement a été un peu plus compliqué à suivre, mais le traitement avait déjà été mis en place et les crises s'étaient un peu espacées.

Surtout, la compréhension de sa pathologie migraineuse a été mieux prise en compte.

Au-delà de ce que m'ont appris mes patients, les conséquences des douleurs migraineuse dans la vie quotidienne ont été rassemblés dans de nombreux ouvrages.

Dans « La migraine, biographie d'une maladie », Esther Lardreau réserve tout un chapitre « Vie monastique et emploi du temps ». Elle montre que les patients souffrant de migraines sont tournés vers une vie « égoïste », instaurant de nouvelles habitudes, comme de nouvelles contraintes.

La périodicité, la fréquence des crises invitent à la tenue d'un journal (journal de Melle B. que j'ai pu consulter) dans lequel chaque jour et chaque heure sont ponctués par la présence ou l'absence de la migraine.

La journée est alors découpée selon « la marche » de la maladie. Les événements de la vie sont les événements de la maladie. Le futur est habité par la crainte des crises, de telle sorte que le fait de ne pas avoir de migraine est aussi invivable qu'en avoir...

Balzac écrit « *Il m'est impossible (...) de me permettre la plus légère déviation de mes habitudes: me coucher une heure plus tard, prendre mon café une heure trop tard, dormir une heure de plus, toutes ces petites infractions sont sévèrement punies par la nature! Elle m'inflige d'atroces migraines, des douleurs de tête intolérables* »

L'espace est lui aussi réglementé.

Chaque objet est susceptible de « faire mal à la tête », de « donner la migraine ». Tantôt aucune cause n'est désignée, tantôt tout en est cause. Ainsi la luminosité, les couleurs, les odeurs telles que l'encens, le musc, la menthe, le parfum des fleurs, etc... Le bruit est également dénoncé (Balzac, 1990b).

Chaque rupture d'habitude entraîne une migraine ou du moins la crainte de l'arrivée de celle-ci.

Les changements de temps, de températures (le froid et le chaud), la présence ou l'absence de soleil ont toutes des impacts différents sur les migraineux. La chaleur aggrave certaines crises migraineuses, d'autres se sentent migraineux avec l'arrivée du froid.

L'hérédité de la migraine a aussi été mise en avant. C'est le cas, par exemple, de la famille de Flaubert (il était migraineux, sa mère également, ainsi que sa nièce) ou de celle de George Sand (sa mère, elle-même, son fils Maurice, sa petite fille Aurore).

QUATRIÈME PARTIE: RÉSULTATS ET SYNTHÈSE

I. RÉSULTATS DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

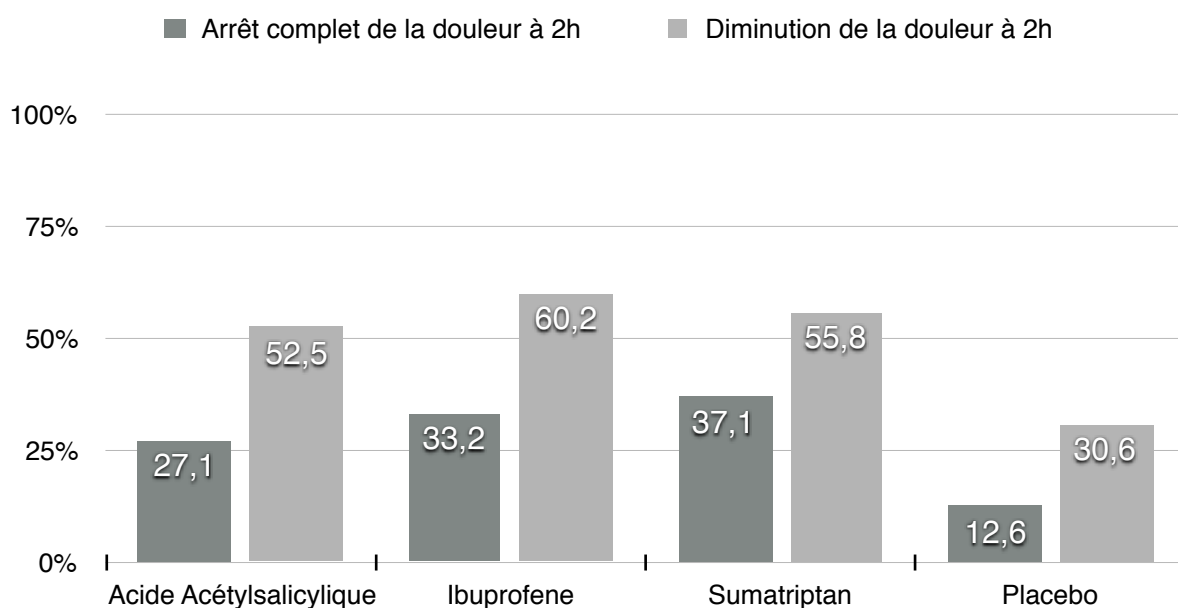
L'article de HC. Diener « Placebo-controlled comparison of effervescent acetylsalicylic acid, sumatriptan and ibuprofen in the treatment of migraine attacks » répertorie donc selon plusieurs groupes types de patients (âge,taille...) les résultats médicamenteux de l'acide acetylsalicylique (aspirine), les triptans (Sumatriptan en l'occurrence), et l'Ibuprofène.

L'ensemble est confronté aux résultats avec placebo.

Selon les résultats obtenus, on peut dresser les tableaux ci-dessous. Le premier représente la répartition des patients, le deuxième les résultats selon les traitements utilisés.

Les résultats sont parlants mais montrent qu'aucun traitement n'est fiable à 100%.

	Acide Acetylsalicylique	Ibuprofene	Sumatriptan	Placebo
Nombre de patients	222	212	226	222
Age	38,3	38,4	38,2	38,3
Taille (cm)	167,2	167,2	167,7	166,7
Poids (kg)	64,8	63,9	65,3	64,2
Sexe				
Homme (%)	17,6	17,9	19,5	18,9
Femme (%)	82,4	82,1	80,5	81,1



Dans une autre étude « Pizotifen once daily in the prophylaxis of migraine: results of a multi-centre general practice study » du département médical de Sandoz, Feltham, Angleterre, en 1984, D. Crowder et W.P.Maclay testent l'efficacité du traitement de fond encore prescrit aujourd'hui, le Pizotifène, alias Sanmigran.

Les résultats peuvent être visualisés dans les schémas ci-dessous et montrent la présence de quelques désagréments majeurs, également mis en valeur ci-dessous.

	Patients ne présentant aucun traitement avant Pizotifène			
Réponse au traitement	Mieux	Identique	Moins bien	NSP
	55,3 %	6,1 %	3 %	35,6 %

Sur 64 patients sans traitement précédent, le Pizotifène a montré son efficacité en réduisant les périodes migraineuses comme suit:

	nombre de crises de migraine
1er mois	5,52
2eme mois	3,11
3eme mois	2,55

La plupart des effets secondaires notés suite à la prise de Pizotifène sont, par ordre d'importance, la somnolence, la somnolence matinale, la prise de poids, les nausées, les vertiges et l'augmentation de l'appétit.

II. RÉSULTATS COMBINES (EFFECTUES AU CABINET)

Melle C.: A la fin de la première séance, Melle C m'a recontacté environ deux semaines plus tard en m'indiquant que la fréquence d'apparition des crises migraineuses, ainsi que leur intensité générale ont nettement diminué.

Le résultat est donc très positif en peu de temps et en peu de séances (2 séances effectives)

Melle B.: le premier compte-rendu n'a pas été positif. Mlle B. a des douleurs aux yeux, avec une évaluation à 2 de ses douleurs, donc supportables. La semaine suivante, la douleur est passée à 3,4, voire 5 avant de diminuer. Mais les 3 jours (lundi mardi mercredi suivants a une douleur importante) n'ont pas été concluants. La suite fut plus positive: le mois qui a suivi notre dernière séance, Mlle B. n'a eu qu'une crise, mais d'intensité importante (4), ceci coïncidait avec des examens.

Melle S.: 3 semaines après notre dernière séance, Mme S. m'a donné des nouvelles encourageantes. Malgré une bronchite foudroyante commencée dès le lendemain de notre séance et qui a duré plus de 10 jours, elle a noté une diminution de l'EVA de sa migraine chronique. Deux faits sont intéressants: La phase douloureuse n'apparaît plus le week-end comme suggéré lors de notre séance, mais s'est décalée en début de semaine; et elle a pris conscience elle-même que la régulation de sa douleur demande un travail constant (automatique ou en séance si besoin). Résultats perfectibles donc mais satisfaisants.

Melle M.: Les dernières nouvelles que j'ai pu avoir m'ont permis d'évaluer avec l'accord de Mlle M. que les séances ont été bénéfiques. Les crises des deux semaines ont été dues au cycle menstruel de Mlle M. selon elle, mais sur les deux niveaux EVA les crises ont été à 3-4, nous sommes donc loin des pics à 8 dont nous parlions en début de traitement.

Mlle M. m'a écrit un message quelques jours plus tard en m'expliquant:

« Je n'ai pas eu de grosse crise depuis notre dernier rendez-vous. Lorsque j'ai eu mal, j'ai pensé à notre séance et cela me détend et permet de calmer mes crises. J'arrive à mieux me détendre. »

Mme L.: À notre dernière entrevue, Mme L. a eu un bref épisode migraineux, et depuis, plus rien. Elle est très contente du traitement et m'a parlé de l'hypnose et de l'ostéopathie en des termes très positifs. Elle est également prête à se servir des sensations ressenties lors de l'hypnose pour les réutiliser au jour le jour afin de mieux endiguer ses crises avant même leur arrivée et a compris tout l'intérêt d'un travail sur elle-même.

L'historique des patients dans les jours/semaines suivant le traitement final ont aussi un rôle important: des examens stressants par nature, des changements au travail, de poste, des phases anxiogènes importantes ou des événements hormonaux peuvent aussi avoir un impact important, même si dans la plupart des cas l'effet est bénéfique sur la durée et l'intensité de la crise.

De même, l'état de confiance instauré entre patient et praticien est également très important. Chaque suggestion positive a beaucoup plus d'impact dès lors que le contrat thérapeutique est positif dès la première rencontre.

III. AUTO-HYPNOSE

Tout d'abord, on peut s'interroger sur le fait de laisser le patient partir sans lui « prescrire » un exercice à réaliser chez lui, au calme.

Puis vient rapidement cette réflexion: il est nécessaire de mettre le patient au centre de son propre traitement, au centre de son bien-être, et d'en faire donc un acteur à part entière de sa rémission.

S'il ne parvient pas à progresser par lui-même, comment imaginer qu'il aille mieux?

C'est à ce moment qu'intervient l'auto-hypnose, véritable un pont entre la fin du traitement et l'autonomie du patient dans sa propre guérison.

Dans bien des traitements, il est important de laisser la possibilité au patient de se soigner lui-même dans les cas les plus courants. Il peut aussi avoir recours à son thérapeute quand la douleur est moins facilement gérable par lui-même après apprentissage, ou quand il en a besoin tout simplement, pour plus de confort et de sérénité.

Une fois le patient habitué à l'état de transe, et lors des séances où il lui est de plus en plus facile de passer de l'état éveillé à l'état de transe, il va lui devenir de plus en plus simple de faire lui-même la séance en reprenant les codes que nous avons travaillés lors des précédentes séances.

Par ailleurs, les patients ouverts sur la méditation et ses dérivés ont un réel avantage sur les autres.

Nous allons simplement lui expliquer qu'il a la possibilité, dès qu'il le souhaite, de se remettre dans cet état qu'il vient d'expérimenter. Soit lors de l'état de transe en séance, en lui suggérant qu'il est possible de se donner lui-même le signal de l'induction, soit à la fin de la séance, en lui disant que son bien-être peut être amélioré chaque jour par une contribution qu'il est le seul à pouvoir induire.

Ils doivent simplement s'imaginer dans un environnement qui les détend, avec d'une part éventuellement un ou plusieurs éléments positifs par rapport à leur mal de tête (chaleur, froid, etc...), ce qui leur permet de l'oublier et d'autre part des sensations associées à ce moment (distorsion de temps).

Cet exercice prend tout son sens dans le cadre de traitements de douleurs chroniques, comme les migraines. Il permet de potentialiser l'effet thérapeutique obtenu au cabinet.

Cet exercice se rapproche fortement du travail de relaxation hypnotique utilisé dans le traitement de la douleur.

Dans un souci d'exhaustivité, j'ai pu trouver quelques exemples de séances d'auto-hypnose, particulièrement sur les céphalées. Cet exemple est extrait du livre « vaincre la douleur par l'hypnose et l'auto-hypnose » par Christine Cazard-Fillette.

Plusieurs possibilités peuvent être proposées au patient:

- *Lui apprendre le « gant magique » et lui demander d'appliquer ce gant d'analgésie sur la zone désagréable. Il faut laisser agir ce gant sur la superficie, puis de plus en plus en profondeur, et lui permettre de modifier les sensations douloureuses en laissant place à une sensation plus supportable, moins lourde, moins pesante, plus agréable... (L'idéal étant de s'adapter au patient, et à la sensation qu'il trouve la plus agréable, généralement entre chaleur, fraîcheur, ou anesthésie)*
- *Lui demander de travailler sur les images qui représentent cette céphalée, et en hypnose et auto-hypnose, de travailler à modifier les images, les sensations, les couleurs, l'intensité, la durée, les signes d'accompagnement...*
- *Lui demander d'opérer une dissociation, de se rendre en esprit dans un endroit agréable ou sur un chemin, et de prendre de l'air, de marcher au grand air en laissant le froid calmer les muscles tendus, en prenant le temps de profiter de cette balade, et de tranquillement laisser l'air, le vent, la fraîcheur caresser son visage et enlever les sensations désagréables et renouveler son énergie. Dans cet exemple précis, le thérapeute peut ajouter, pour motiver le patient à pratiquer l'auto-hypnose :*

« Chaque fois que vous ferez cela, ce soir, demain, dans les jours qui viennent, vous allez être surpris de voir que vos céphalées vont partir beaucoup plus vite, être moins désagréables, et que vous allez devenir de plus en plus efficace dans votre prise en charge... Vous allez sûrement trouver des astuces pour modifier tout ce que vous ressentez et vous saurez comment les utiliser au bon moment... »

Parmi les différentes techniques qui peuvent être proposées, le patient va choisir celle/ celles qui lui semble le plus efficace, et c'est grâce à l'auto-hypnose régulière qu'il pourra devenir de plus en plus indépendant et efficace dans sa prise en charge.

Il pourra également modifier son conditionnement dysfonctionnel (Moseley & Vlaeyen, 2015) et mettre en place un conditionnement autre, dans lequel la douleur est vécue de manière différente.

CONCLUSION

Dans la majorité des cas que j'ai eu à traiter, j'ai pu constater une amélioration notable des crises, tant au niveau de leurs fréquence que de leur intensité.

Je ne peux qu'être ravi de l'impact que l'ostéopathie a sur mes patients, de la même manière que l'hypnose, à plus forte raison quand les deux thérapies sont combinées.

Le côté mécanique de l'ostéopathie, de mon point de vue, règle le problème mécanique à la base de la migraine (puisque'il y a toujours de la mécanique à évaluer et à réguler). L'hypnose permet quant à elle de donner les clés au patient pour se gérer sur l'évolution de la douleur dans le temps, les effets de l'ostéopathie n'étant pas infinis, puisque par essence le corps reprend bien souvent la place dans laquelle il se sent le mieux, et que les patients chroniques ont acquis des positions qui génèrent justement ce type de conséquences.

J'ai pu aussi remarquer que la plupart des patients qui ont eu une « pré-séance » en hypnose afin de bien cibler leurs besoins, leur vocabulaire, leur façon de s'exprimer, leurs codes, leurs histoires... ont eu une amélioration sans que des soins soient nécessaires, juste après cette séance.

Mme S. m'a dit qu'elle se représentait de mieux en mieux cet objet et que le fait de se l'imaginer et de le transformer en quelque chose de positif l'avait particulièrement aidée, déjà en sortant du cabinet la première fois. Dès sa première « crise » quelques jours après notre séance (crise qui a d'ailleurs été moins longue et moins violente que celles auxquelles elle est habituée).

Je ne peux malheureusement pas évaluer les éventuelles rechutes sur une longue période, cet essai n'ayant pas pour but d'en faire une véritable étude clinique par manque de cas et de recul suffisant, mais j'aime à espérer que les conseils que j'ai pu prodiguer aux patients suite à nos soins ont été tenus et qu'ils prennent un moment pour fermer les yeux et visualiser l'objet de leur douleur afin de mieux le contrôler, comme certains m'en ont fait le retour dès la fin de la « pré-séance ».

Une dimension importante à prendre en considération, dans tout traitement comme dans celui de la migraine sous toutes ses formes, est l'empathie dont le praticien fait preuve et la confiance que le patient a envers son thérapeute, sachant que les deux paramètres sont étroitement liés. Bien évidemment, sans ce lien particulier qui unit patient et praticien dans une synchronisation qui se retrouve lors de l'hypnose, il est difficile de faire passer un quelconque message et donc d'avancer vers la voie de la guérison.

Pour conclure, je pourrai dire que l'hypnose et l'ostéopathie sont une excellente option contre cette pathologie chronique, comme d'ailleurs contre toute douleur chronique.

Une fois le traitement « d'attaque » entamé, le patient est alors capable de s'approprier un certain « confort » au quotidien, se l'appliquer à chaque début de crise, qui sera de toute façon soit moins intense, soit moins fréquente.

BIBLIOGRAPHIE

(Les références en rouge (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) font référence aux schémas, cf mémoire)

OUVRAGES

- « Précis d'acupuncture chinoise » Académie de médecine traditionnelle chinoise (Pékin), p.287
- « Diagnostic en médecine chinoise » Auteroche B., Davailh P., 1983, Ed. Maloine
- « Métaphores et suggestions hypnotiques » D. Corydon Hammond, p.78-79, p.230, p.524
- « Mémoire sur une nouvelle méthode végétale, dépurative et rafraîchissante, pour la guérison radicale des dartres, des écrouelles et des maladies secrètes » Dr. Belliol, p.338-340
- « La migraine, biographie d'une maladie » Esther Lardreau, p.19-21, p.101-102, p.221-226-235
- « Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux, traité des points détente musculaires, tome 1 » Janet G, Travail et David G. Simons, p.186-187 (2)
- « Vaincre la douleur par l'hypnose et l'auto-hypnose » C. Cazard-Fillette, C. Wood, A. Bioy, p. 16-17, p.20, p.94-99, p.52
- Science&Vie, n°1206, Mars 2018, p.75 (1)

REFERENCES INTERNET

- migracalm.net (Site généraliste sur les migraines)
- srmcf.com (Société de recherche sur les migraines et céphalées)
- sfemc.fr (Société Française d'Etudes des Migraines et Céphalées)
- ipubli.inserm.fr « Traitement de la migraine » D.Annequin, F.Boureau, MG. Bousser, H. Massiou, JM. Senard
- <http://www.esculape.com/fmc/trtmigraine.html>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/fr/> (site de l'OMS)
- <https://acuponcturesite.wordpress.com> (4)
- <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/douleurs-fievres/maux-tete-migraine.html>
- hirumed.ch
- <http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/autres-cancers/tumeurs-cerebrales/symptomes-et-diagnostic/en-fonction-de-la-localisation-de-la-tumeur.html> (5)
- <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20091531/2016PPHA6087/fichier/6087F.pdf> (thèse de Michard Gaëlle, prise en charge de la douleur chronique par l'hypnose) p80-86
- http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2008.nusbaum_f&part=152343 (3)
- <http://jj91.centerblog.net/72-La-tete--> (6)
- <https://d1yboe6750e2cu.cloudfront.net/i/dda504a52e35df3845b3ad98b7196c8b69e38695> (7)