



HAL
open science

L'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge de patients douloureux chroniques en masso-kinésithérapie : une étude qualitative

Élodie Févin

► To cite this version:

Élodie Févin. L'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge de patients douloureux chroniques en masso-kinésithérapie : une étude qualitative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03022096

HAL Id: dumas-03022096

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03022096>

Submitted on 24 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License



Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

22, Avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

L'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge de patients douloureux chroniques en masso-kinésithérapie : une étude qualitative.

FÉVIN Élodie

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2016-2020

Session juin 2020

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier mon Directeur de mémoire, Ronan Lestideau, qui a su me supporter, me soutenir et me réorienter quand il le fallait. Merci pour sa disponibilité, son accompagnement, son soutien et ses conseils de qualité.

Bien sûr, je remercie tous les masseurs-kinésithérapeutes qui ont pris le temps de me faire part de leur expérience au cours des entretiens, avec tant de passion. Ces échanges ont tous été agréables et riches en partage.

Merci à tous les formateurs de l'IFMK de Brest ainsi qu'à Dominique.

Je tiens également à remercier mes amies de longue date, Lisa, Laura et Elsa, qui malgré la distance qui nous sépare, m'ont toujours épaulée, soutenue et aidée à aller de l'avant.

Des remerciements aussi à mes collègues et amis de Mc Do qui ont su m'aider à garder la tête hors de l'eau malgré les jours et les nuits difficiles.

De la même façon, je remercie les amies avec qui j'ai passé les 4 plus intenses, intéressantes et belles années d'étude de ma vie. Qui sont aussi les dernières.

Et merci à ma grand-mère, mon grand-père, mon père et ma belle-mère pour leur soutien.

Abréviations

CCA : Cortex Cingulaire Antérieur

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CRF : Centre de Rééducation Fonctionnelle

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

EVA : Échelle Visuelle Analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

ME : Moelle Épinière

MK : Masseur-Kinésithérapeute

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

SDRC : Syndrome Douloureux Régional Complexe

SFETD : Société Française de l'Étude et de Traitement de la Douleur

SNC: Système Nerveux Central

SNP: Système Nerveux Périphérique

TENS : électrostimulation transcutanée

US : Ultra-Sons

Table des matières

I. Introduction	5
I.1. Situation d’ancrage	5
I.2. Réflexion sur la douleur chronique.....	6
I.3. Un nouvel outil à la mode	6
II. La douleur : un terme compliqué.....	8
II.1. La douleur dans le passé.....	8
II.2. La douleur d’aujourd’hui	9
II.3. La chronicisation de la douleur	11
II.4. Les recommandations de PEC actuelles en kiné.....	16
III. L’hypnose, qu’est-ce que c’est ?.....	21
III.1. L’histoire de l’hypnose.....	21
III.2. La définition de l’hypnose d’aujourd’hui	22
III.3. Les mécanismes d’action de l’hypnose.....	23
III.4. Des a priori de la part des patients.....	27
IV. Problématique et hypothèse de recherche.....	28
V. Méthodologie	29
V.1. L’entretien semi-directif	29
V.2. Le guide d’entretien	31
V.3. La méthodologie d’analyse.....	33
VI. Analyse des résultats	34
VI.1. Quelles raisons poussent les masseurs-kinésithérapeutes à se former à l’hypnose ?... 34	
VI.2. Des changements liés à l’utilisation de l’hypnose pour le patient.....	36
VI.3. Des changements pour le thérapeute	43
VI.4. Une modification de la relation thérapeutique.....	48
VII. Discussion	52
VII.1. Retour sur les hypothèses	52
VII.2. Limites, intérêts et axes d’amélioration de l’étude.....	58
VII.3. L’émergence de nouvelles notions.....	60
VII.4. Projections.....	63
VIII. Conclusion.....	67
Bibliographie	69

I. Introduction

Cette étude a pour objectif de réaliser un état des lieux de l'utilisation de l'hypnose lors de la prise en charge de patients souffrant de douleurs chroniques en masso-kinésithérapie afin de répondre à la problématique suivante : **L'hypnose pourrait-elle être profitable à la PEC de la douleur chronique en masso-kinésithérapie ?** Pour répondre à cette question nous allons donc réaliser des entretiens semi-directifs auprès de MK formés à l'hypnose et qui l'utilisent avec des patients douloureux chroniques. Cette approche qualitative nous permettra alors d'infirmier ou de confirmer les hypothèses concernant son efficacité tant au cours de la PEC que dans la diminution de la douleur sur le long terme ainsi que les possibles modifications qu'elle impose dans les modalités d'exercice du MK.

I.1. Situation d'ancrage

J'ai été confrontée pour la première fois, lors d'un stage en cabinet libéral, à la prise en charge d'une patiente atteinte de fibromyalgie. La fibromyalgie est définie comme un syndrome de douleur chronique peu connu, caractérisé par des douleurs musculo-squelettiques diffuses et d'autres symptômes tels que la fatigue, un sommeil non réparateur, des déficiences cognitives, une détresse psychologique et des zones localisées d'hypersensibilité. (1)

Face à la douleur chronique caractérisant ce syndrome, j'ai été quelque peu dépourvue. En effet, cette patiente, que nous appellerons Mme X a su me faire part de toutes les thérapies qu'elle avait pu essayer depuis son diagnostic afin de diminuer cette douleur omniprésente, sans résultat. Elle m'a aussi raconté son vécu vis-à-vis de cette douleur : « *Pourtant, plus que les béquilles chimiques qui ne calment pas les douleurs que provoquent la fibromyalgie, ce sont les pratiques douces qui aident le patient à "accepter" son état. Bien évidemment, il faut parvenir à faire le deuil de la "vie d'avant". Parfois les crises de douleurs plus aiguës que d'habitude me laissent penser que je vis dans le corps d'une octogénaire ! Je ne peux plus être active, comme avant. Il est difficile pour moi de faire des projets à long terme* ».

Son témoignage m'a permis de prendre conscience de l'ampleur de l'impact que la douleur endurée au quotidien peut avoir sur une vie. De plus, il m'était difficile de

réaliser des séances au cours desquelles j'allais devoir réveiller des douleurs, Mme X étant très sensible.

C'est pourquoi, j'ai choisi d'orienter le sujet de mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Masso-Kinésithérapie sur la prise en charge de la douleur chronique.

I.2. Réflexion sur la douleur chronique

Par ailleurs, près de 20 millions de patients (environ 30% de la population française de plus de 18 ans) se plaignent de douleurs chroniques et prennent tous les jours au moins un antalgique, depuis plus de 6 mois (2). Et même si peu d'études à ce jour ont pu déterminer l'impact économique exact de cette douleur sur la société française, la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) estime un retentissement économique avec un surcoût direct médical annuel de plus de 1 milliard d'euros lié aux coûts médicamenteux, d'hospitalisations et d'exams complémentaires. Sans compter l'impact socio-économique du point de vue des arrêts de travail et des comorbidités. (2)

Il s'agit en vérité d'un problème de santé publique majeur et le masseurkinésithérapeute a donc un rôle important à jouer dans ce domaine. Comme cité dans le référentiel des activités du MK, annexé à l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute : « *La masso-kinésithérapie optimise le fonctionnement de l'individu, pour ce qui concerne son niveau de participation à la société afin de minimiser son handicap et le rendre acteur de la gestion de sa santé et de son autonomie ; la massokinésithérapie vise à réduire les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation à la société du patient, de façon à minimiser son handicap et le rendre acteur de la gestion de sa santé et de son autonomie* ». (3)

I.3. Un nouvel outil à la mode

Ce sont, en outre, ces derniers mots qui ont pu orienter mon sujet vers l'utilisation d'un nouvel outil thérapeutique en plein essor : l'hypnose. En effet, afin que le patient devienne acteur et même auteur de sa santé - ce qui va lui permettre de gérer sa maladie - le MK doit lui proposer des solutions adaptées à sa situation : « *la masso-kinésithérapie tient compte des caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et environnementales de chaque patient* ». (3)

Et l'hypnose, qui permet de plonger le patient dans un état de conscience qui se définit surtout par un état de perméabilité mentale, va permettre au thérapeute d'accéder plus facilement aux caractéristiques individuelles du patient et donc favoriser une prise en charge globale. (4)

Ainsi, suite à la lecture d'une revue systématique et méta-analyse traitant de son efficacité sur le soulagement de la douleur (5), il m'a semblé pertinent de faire un état des lieux de son utilisation dans la prise en charge de la douleur chronique en masso-kinésithérapie.

II. La douleur : un terme compliqué

II.1. La douleur dans le passé

II.1.1. Une première approche divinatoire et émotionnelle

Les premières tentatives d'explication de la douleur laissent entendre une origine d'abord divine puis émotionnelle.

En effet, au début de l'Antiquité gréco-romaine, la douleur était vue comme un « châtement divin ». Les personnes en souffrance devaient alors avoir recours à des oracles pour en finir avec cette douleur. (6) Et au cours du Vème siècle avant J-C, Aristote considère que « *la douleur est une émotion, dont le siège se trouve dans le cœur* ». (7)

II.1.2. La théorie des 4 humeurs : le début de l'approche mécanique

Mais, Démocrite à cette même époque, développe la théorie des 4 humeurs qui décrit alors la maladie comme une altération de leur équilibre : c'est le début du rationalisme. Ainsi, la douleur devient un signe de ce déséquilibre, un élément de sens dans la maladie, visible suite aux dépôts d'excès d'humeur. (8)

Puis, Galien suivant ce raisonnement, va grâce à la pratique de la dissection au cours du IIème siècle avant J-C, mettre en avant les conditions de la perception, introduire les différentes formes de la douleur et ainsi la définir comme un « moyen d'avertir l'être vivant et de le protéger ». (8) Ainsi, la douleur passe d'un modèle divinatoire à un modèle naturaliste où les premières notions organiques prennent place.

II.1.3. Le rôle de la dissection

Cependant, au cours du Moyen-Âge, la pratique de la dissection se fait interdire, modifiant de nouveau le rapport de l'Homme à la douleur. Elle redevient un objet d'expiation à occulter, entraînant l'abandon progressif de la recherche sur les moyens de la soigner et donc sur son origine. (9)

La pratique de la dissection sera ré-autorisée à l'âge de la Renaissance, permettant de nouvelles découvertes et un approfondissement des connaissances

anatomiques et neurophysiologiques, notamment grâce à André Vésale qui décrit le premier le système nerveux périphérique, le cerveau et les organes sensoriels. (6)

Au cours du XVII^{ème} siècle, René Descartes approfondit davantage cette conception de la sensation douloureuse en expliquant le concept de cette transmission du signal nerveux de la périphérie au cerveau, dirigeant la recherche de l'origine de la douleur sur le plan anatomique. (10)

II.1.4. Une définition qui s'élargit

En parallèle, l'apparition du courant des vitalistes au XVIII^{ème} siècle, développe l'idée que la douleur est un phénomène plus complexe qu'une simple sensibilité et qu'elle n'est pas uniquement liée à un récepteur. (10) Mais la définition de la douleur en tant que signal d'alarme indispensable au diagnostic du médecin perdure également, poussant les médecins à continuer les recherches sur ses origines et ses mécanismes d'action anatomiques. (8)

C'est au cours du XX^{ème} siècle que tout se précipite. En effet, cette époque va connaître un approfondissement des hypothèses déjà existantes : les scientifiques vont préciser la localisation de certaines fonctions dans le cerveau, reliées par différentes voies de conduction dans le phénomène de la sensibilité. (8)

Et enfin, en 1947, John Bonica, un anesthésiste américain à l'origine de la médecine de la douleur que nous connaissons aujourd'hui, va employer pour la première fois le terme de « douleur chronique » pour laquelle son approche diffère de celle centrée sur les récepteurs et les voies nerveuses nociceptives. (10) Il sera également le premier à prendre en compte la douleur dans toutes ses composantes subjectives : elle devient alors une entité à part entière et non plus une conséquence liée à la maladie. Par la suite va éclore une véritable médecine de la douleur conduisant, en 1970, à la création de l'IASP (Association Internationale pour l'étude de la douleur). (10)

II.2. La douleur d'aujourd'hui

II.2.1. Définition officielle de la douleur

L'IASP définit donc aujourd'hui la douleur comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion* ». (11)

Cette définition souligne l'importance de la dimension subjective dans le phénomène de la douleur et amène donc à en préciser son caractère multidimensionnel. En effet, d'après la Haute Autorité de Santé (HAS), la douleur s'évalue actuellement selon quatre composantes: sensitivo-discriminative, affectivo-émotionnelle, cognitive et comportementale. (12)

II.2.2. Les 4 composantes de la douleur

La première composante, **sensori-discriminative**, correspond à la capacité de décrire la douleur de façon qualifiable, c'est-à-dire selon sa durée, son intensité, et sa localisation. Elle nécessite donc l'intervention du phénomène de nociception qui s'appuie sur des mécanismes physiologiques. (7)

La composante **affectivo-émotionnelle**, quant à elle, explique la possibilité de modifier une expérience douloureuse en fonction de certains états émotionnels, de façon négative en cas d'anxiété, d'agressivité et de dépression ou au contraire de façon positive. C'est cette composante qui façonne le caractère désagréable voire insupportable de la douleur chez une personne. (7)

La composante **cognitive** prend en compte les processus mentaux pouvant donner du sens à la perception douloureuse ainsi qu'au comportement qui y est associé. C'est elle qui induit les phénomènes de l'attention ou de la diversion de l'attention, d'interprétation, d'anticipation, de mémorisation de la douleur mais aussi l'intégration des valeurs qui y sont associées en fonction de l'individu. (2)

Et la dernière composante, dite **comportementale**, correspond à l'ensemble des manifestations comportementales mises en place pour réagir face à cette douleur. Elles peuvent être verbales comme la plainte à son entourage ou non verbales comme les réactions neurovégétatives (accélération du rythme cardiaque, augmentation de la sudation). (2)

Par ailleurs, l'impact de ces différentes composantes dans la perception de la douleur peut varier lorsque celle-ci perdure. En effet, plus la douleur persiste dans le temps, plus l'implication des causes organiques diminue au profit des causes associées aux facteurs psychosociaux, comportementaux et relationnels, expliquant ainsi que chez de nombreux patients souffrant de douleurs chroniques, le degré d'inconfort exprimé n'est pas toujours cohérent avec le degré d'atteinte organique. (13)

II.3. La chronicisation de la douleur

II.3.1. Définition officielle de la douleur chronique

La HAS définit une douleur chronique « *quelles que soient sa topographie et son intensité, dès lors qu'elle présente plusieurs des caractéristiques suivantes :*

- Une **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
- Une **réponse insuffisante** au traitement
- Une **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 ». (12)

Par ailleurs, l'acquisition de ces caractéristiques s'explique par le développement de deux phénomènes organiques : la sensibilisation périphérique et la sensibilisation centrale.

II.3.2. La sensibilisation périphérique

II.3.2.1. Définition de la sensibilisation périphérique

L'IASP définit ce phénomène de sensibilisation périphérique comme « *une augmentation de la réactivité des neurones nociceptifs périphériques associée à une diminution de leur seuil d'excitabilité* ». (14)

En réponse à une lésion tissulaire, le corps va libérer des médiateurs inflammatoires qui vont modifier le fonctionnement des nocicepteurs périphériques, les rendant alors plus sensibles. (15) Ils vont ainsi plus facilement déclencher les potentiels d'actions responsables de la transduction des informations nociceptives. Ce mécanisme participe au phénomène d'hyperalgésie primaire, que l'on peut définir comme un état d'augmentation de la sensibilité à la douleur au niveau des nocicepteurs. (15)

II.3.2.2. Les phénomènes à l'origine de la sensibilisation périphérique

La modification fonctionnelle de ces nocicepteurs peut s'expliquer selon 5 évènements physiologiques principaux :

- **La sensibilisation indirecte** qui correspond à une modification post-traductionnelle des canaux ioniques situés dans la membrane plasmique des nocicepteurs qui va entraîner un abaissement de leur seuil d'ouverture et donc une augmentation de leur réponse aux stimuli. (15,16)
- **L'augmentation de la transcription des gènes** codant la production des canaux ioniques et des médiateurs, favorisant l'excitabilité des nocicepteurs. (15)
- **L'activation des nocicepteurs dits silencieux** normalement sensibles aux stimuli mécaniques et thermiques et dont l'excitation est plus durable. (15)
- **L'inflammation neurogène** par libération locale de médiateurs inflammatoires qui va provoquer un élargissement de la zone d'hyperalgésie primaire, sensibilisant toutes les fibres nociceptives alentours. (15)
- L'action du **système immunitaire**, libérant des substances responsables de l'augmentation de l'excitabilité des nocicepteurs, et du **système sympathique** qui va augmenter la communication entre les neurones sympathiques et les nocicepteurs. (13,15)

Tous ces phénomènes vont donc avoir pour conséquence d'augmenter l'excitabilité des nocicepteurs périphériques qui vont donc devenir hyperexcitables et provoquer des réponses exagérées face aux stimuli douloureux.

Et en parallèle, nous allons assister à un phénomène de sensibilisation centrale qui va renforcer l'état d'hypersensibilité du système nerveux, favorisant la perception de la douleur de façon chronique.

II.3.3. La sensibilisation centrale

II.3.3.1. Définition de la sensibilisation centrale

L'IASP définit la sensibilisation centrale par « *une augmentation de la réponse des neurones du SNC à des stimuli d'intensité normale ou sous-liminaire* », ce qui sous-entend que la transmission de l'information nociceptive devient plus efficace. (17) Elle s'explique par une augmentation de l'activité des fibres nociceptives A δ et C qui provoque une succession d'évènements au niveau spinal qui conduisent à une hyperexcitabilité des neurones de la corne dorsale de la moelle épinière (ME). (15)

La sensibilisation centrale peut s'exprimer selon les 4 modèles suivants (15) :

- Une **amplification de la sensation douloureuse** en réponse à des stimuli répétés, due à une sommation temporelle des afférences nociceptives, effet que l'on appelle aussi « wind-up ».
- Une douleur **plus intense et plus diffuse** que la zone de lésion primaire qui correspond à une hyperalgésie secondaire.
- Une **sensation douloureuse perçue suite à des stimulations non douloureuses** appelée « allodynie »
- Et la **persistance d'une sensation douloureuse après arrêt de la stimulation.**

Elle correspond toujours à une hyperexcitabilité et une hyperactivité des neurones médullaires spinothalamiques.

II.3.3.2. Les phénomènes à l'origine de la sensibilisation centrale

Ainsi, il existe plusieurs phénomènes responsables du développement de la sensibilisation centrale :

- L'**augmentation de la perméabilité** des neurones post-synaptiques de la corne dorsale de la ME par des peptides qui va provoquer une augmentation de la libération de glutamate, substance à l'origine d'une boucle de contrôle rétroactif contribuant au développement de l'hyperexcitabilité centrale. (15,16)
- L'**altération des systèmes de modulation de la transmission des messages nocifs** par la libération du glutamate responsable de l'inhibition des interneurones inhibiteurs modulant la douleur. (15,18)
- L'**activation continue de la neuroglie** possédant de nombreux récepteurs au glutamate ainsi que l'acquisition d'une nouvelle capacité à libérer des molécules proinflammatoires responsables de l'entretien du phénomène d'inflammation. (15,18)

Ces phénomènes vont donc favoriser l'excitabilité des neurones centraux et inhiber les moyens de modulation de la douleur, ayant pour conséquences une augmentation de sa perception accompagnée de modifications anatomiques et comportementales.

II.3.4. Les effets du maintien de la sensibilisation centrale

II.3.4.1. Des modifications au niveau des régions corticales et sous-corticales

Le maintien de cette sensibilisation centrale va entraîner des modifications corticales et sous-corticales. En effet, grâce à l'imagerie cérébrale, nous pouvons affirmer que les régions cérébrales stimulées dans la douleur chronique sont les mêmes que celles identifiées dans la douleur aiguë mais de façon plus soutenue. (19) Ce sont donc les mêmes qui vont être modifiées par la persistance de la douleur.

a) Altération de la représentation de la zone douloureuse

Premièrement, au niveau du cortex somesthésique, région cérébrale à l'origine de la composante sensorielle de la douleur (20), on peut observer une altération de la représentation de la zone douloureuse selon les pathologies. Par exemple, dans le cas des syndromes douloureux régionaux complexes (SDRC), des douleurs d'origine neuropathique, des douleurs du membre fantôme ou encore des neuropathies trigéminales, on retrouvera une sousreprésentation corticale. (15) Tandis que dans les douleurs lombaires ou la fibromyalgie, celle-ci sera fortement augmentée. (15)

On observe que la persistance de la douleur ainsi que l'attention qui lui a été apportée depuis son apparition lui permettent de prendre une place plus importante dans la représentation corporelle du patient, voire omniprésente. Cela explique l'origine d'une possible modification de son schéma corporel. (21)

b) Des modifications au niveau des connexions intracérébrales

Des modifications de connexions intracérébrales se font aussi remarquer, notamment au niveau du noyau accumbens normalement connecté en majeure partie à l'insula. Mais, chez les patients atteints de douleurs chroniques, celui-ci va préférentiellement se connecter au cortex préfrontal médial. (15)

Le cortex préfrontal médial étant responsable de l'évaluation cognitive et de la régulation émotionnelle liée à la douleur (20), cela explique que la composante cognitivo-émotionnelle prend une place plus importante dans la perception de la sensation douloureuse chez ces patients douloureux chroniques.

c) Diminution du volume de matière grise

De plus, on note une diminution du volume de matière grise au niveau du cortex préfrontal, du cortex moteur et pré-moteur, du cortex cingulaire antérieur ainsi qu'au niveau du thalamus (15,22) et de l'insula (23). Ces structures sont habituellement impliquées dans la modulation de la douleur : le cortex frontal dans l'élaboration des réactions d'alerte, motrices et émotionnelles et le CCA dans l'évaluation, l'attention, l'émotion et le comportement adopté en réponse à la douleur. (15)

Au niveau sous-cortical, on observe une diminution du volume du tronc cérébral, accompagnée d'une dégénérescence des interneurons inhibiteurs situés au niveau de la corne dorsale de la ME ainsi qu'une réorganisation fonctionnelle des couches de la corne dorsale de la moelle au niveau segmentaire. Ces mécanismes vont alors participer aux phénomènes d'allodynie et d'hyperalgésie secondaire. (15)

d) Modifications dans l'activité de certaines régions cérébrales

En parallèle, on peut observer une diminution de l'activité de la région pariétale postérieure qui traduit une atténuation des réseaux attentionnels. Ainsi qu'une augmentation de l'activité préfrontale et du CCA (15,19), de l'insula et de l'amygdale (15,24), ce qui va engendrer une amélioration du traitement émotionnel, et donc une augmentation de l'aspect émotionnel dans l'évaluation de la douleur.

L'augmentation de l'activité de ces régions peut paraître contradictoire avec la diminution de leur volume de matière grise mais elle explique la présence d'un syndrome dépressif souvent associé à la douleur chronique. (24)

II.3.4.2. Un impact négatif sur les comportements des patients

Par ailleurs, en plus de subir des modifications au niveau cérébral, l'individu va devoir mettre en place des stratégies d'adaptation aussi appelées « stratégies de coping ». Il s'agit en fait de stratégies cognitives et comportementales qui vont lui permettre de faire face à la douleur et de se comporter en fonction de celle-ci. (25)

Il en existe 2 types : le coping positif et le coping négatif. Le premier va permettre au patient d'affronter sa douleur en ayant une attitude active, avec une sensation de contrôle. Tandis que le coping négatif, à l'inverse, place le sujet dans une situation passive dans laquelle il ne pense pouvoir avoir aucune influence sur sa douleur, persuadé que la solution se trouve en dehors de ses capacités. (25)

Cette stratégie d'adaptation négative mène à 2 comportements principaux qui ont un impact sur la vie des patients : le catastrophisme et le modèle de peur-évitement.

a) Le catastrophisme : une incapacité à faire face

Le catastrophisme est caractérisé par « *des attentes et des croyances pessimistes vis-à-vis de soi, des autres et de l'avenir, qui peuvent occasionner des sentiments d'impuissance quant à sa capacité de faire face aux événements de la réalité* ». (26)

Le catastrophisme de la douleur correspond en fait à une anticipation extrême de celle-ci qui va amplifier sa valeur menaçante. Il entraîne le patient dans un cercle vicieux: il commence à avoir peur de celle-ci, le rendant hypervigilant quant à la réalisation de ses gestes, jusqu'à acquérir des comportements d'évitement. (25)

Ce sont ces comportements d'évitement qui vont, au cours du temps et avec la persistance de la douleur, entraîner une kinésiophobie.

b) La kinésiophobie ou peur du mouvement

La kinésiophobie est définie par « *une peur excessive, irrationnelle et débilite du mouvement et de l'activité physique résultant d'un sentiment de vulnérabilité à une blessure douloureuse ou à une nouvelle blessure douloureuse* ». (27)

Elle a des conséquences importantes chez le sujet qui en est victime : elle favorise la persistance des douleurs, limite la reprise des activités physique et professionnelle et majore le risque de comorbidité anxiodépressive. (27) Et tout cela, à long terme, concoure à un déconditionnement physique (fonte musculaire, diminution de la capacité d'endurance) mais aussi psychologique (perte de confiance en ses capacités) et donc à des incapacités. (25)

II.4. Les recommandations de PEC actuelles en kiné

Comme le souligne la SFETD dans son Livre Blanc de la douleur : « *la douleur est le principal motif de consultation en kinésithérapie* ». (2) C'est pourquoi nous, masseurskinésithérapeutes, avons un rôle important à jouer dans sa prise en charge.

II.4.1. Les outils de prise en charge de la douleur en masso-kinésithérapie

Dès sa formation initiale, le kinésithérapeute dispose de nombreux outils permettant de soulager une douleur, avec pour certains, une efficacité égale ou supérieure à celle des traitements pharmacologiques ou chirurgicaux et une incidence moindre d'effets indésirables.

(2)

II.4.1.1. Les exercices thérapeutiques

La pratique d'exercices thérapeutiques permet la sécrétion de dérivés morphiniques ainsi que l'activation des mécanismes inhibiteurs supra-spinaux et une diminution de la production des cellules inflammatoires. Tous ces phénomènes participent à la diminution de la sensibilisation centrale et donc diminuent la perception de la sensation douloureuse. (2,28)

Le MK a donc pour rôle de proposer à ses patients des exercices thérapeutiques à travers un programme structuré suivant une progression individuelle. (28) Les patients douloureux chroniques ayant subi un phénomène de sensibilisation centrale, le dysfonctionnement du système endogène peut engendrer une réponse négative face à ce type d'exercices. Il faut donc les adapter et y aller progressivement. (28)

II.4.1.2. La thérapie manuelle

La manipulation en thérapie manuelle permet de « casser des adhérences » dans le but de restaurer la mobilité segmentaire et ainsi diminuer les douleurs. Mais elle permet aussi de diminuer la quantité de substances inflammatoires responsables de la sensibilisation périphérique. (28)

Au niveau du SNP, elle permet de mettre fin au cycle qui induit une contraction musculaire suite à un stimulus nociceptif. En complément, au niveau du SNC, elle entraîne une diminution de la sommation sensorielle potentielle qui témoigne habituellement d'une hyperactivité des neurones de la corne dorsale de la ME responsables de la perception de la douleur. (28)

II.4.1.3. Le massage

Le massage a des effets sur les adhérences cutanées et sous-cutanées, les contractures musculaires et la circulation. Son effet sur la circulation est intéressant à relever car il permet en fait d'augmenter le seuil d'excitabilité des nocicepteurs à l'inverse d'une ischémie. Bien sûr, son effet principal concerne l'activation des fibres de gros calibre A β impliquées dans le système de « gate control » de la douleur. (29)

II.4.1.4. La neurostimulation transcutanée

La neurostimulation transcutanée (TENS) produit un effet antalgique momentané selon deux principes. Le premier serait le déclenchement du « gate control » et le second correspondrait à un renforcement du contrôle opioïde. (30) Le TENS est un outil très utilisé en centre de traitement de la douleur et permet aux patients chroniques de voir leur douleur diminuer en quelques mois. Cependant, son effet aurait tendance à s'amenuiser avec le temps. (30)

II.4.1.5. La thermothérapie

Il existe 2 types d'effets dans la thermothérapie, en fonction de la température utilisée. Le chaud va permettre de diminuer les contractures musculaires, d'améliorer la circulation sanguine et d'augmenter le seuil de perception de la douleur en plus d'activer le gate control et de favoriser la sécrétion de substances endogènes. (29) Le froid, quant à lui, va réduire la réaction inflammatoire et réduire la vitesse de conduction des fibres nociceptives. (29)

II.4.2. La rééducation du patient douloureux chronique

De plus, nous avons pu voir que cette douleur peut entraîner des modifications comportementales entraînant à leur tour des incapacités fonctionnelles chez les patients si elle n'est pas prise en charge. Le rôle du MK est donc de les rééduquer.

II.4.2.1. L'éducation thérapeutique du patient

Premièrement, les MK peuvent mettre en application une éducation thérapeutique auprès de leurs patients douloureux chroniques. (2) En effet, selon l'OMS, l'éducation thérapeutique (ETP) est un processus qui « *vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.* » (31)

Elle va ainsi permettre au patient de « renouer avec le mouvement et son corps », d'améliorer ses stratégies d'adaptation et d'élaborer un programme de gestion dans lequel il va se retrouver acteur. (28)

II.4.2.2. La reprise d'activité physique

Le MK joue un rôle important dans la reprise de l'activité physique qui peut se faire sous deux formes : de façon occupationnelle, c'est-à-dire dans les activités de la vie quotidienne ou bien de façon récréative. (28)

En effet, la pratique d'une activité physique va engendrer des bénéfices tant sur le plan physique que psychologique. D'un point de vue psychologique, une pratique régulière active les voies de réponse au stress, diminue les pensées catastrophiques ainsi que les croyances de peur-évitement. Et du côté physique on peut observer une amélioration du contrôle neuromoteur et une diminution du déconditionnement à l'effort. (28) Elle aura donc un effet positif sur la qualité de vie du patient et sa capacité de reprise du travail. (32)

Cependant, l'activité physique pouvant être « une charge supplémentaire » pour le patient, sa mise en place doit s'inscrire dans le cadre d'un programme de rééducation suivant des « étapes de changement » déterminées notamment grâce à l'application de l'éducation thérapeutique. Et ce afin de favoriser une modification du comportement sur le long terme. (28)

II.4.3. Le rôle du MK dans la réorientation du patient en structure spécialisée

II.4.3.1. La réalisation d'un bilan consciencieux

Par ailleurs, le rôle du kinésithérapeute est aussi précisé dans l'évaluation de la douleur et plus précisément dans l'évaluation de la durée de sa chronicisation et des facteurs pouvant en être à l'origine. (12)

Cette évaluation doit comprendre 4 domaines principaux (12) :

- Les **caractéristiques de la douleur**, c'est-à-dire les conditions de sa survenue, le type de douleur, le délai d'apparition, son intensité, sa topographie, ainsi que les facteurs responsables d'une aggravation ou d'un soulagement.
- Le degré de **retentissement social**, scolaire ou professionnel.
- La présence ou non de **troubles anxieux ou dépressifs**.
- Les **croyances** du patient.

Le bilan doit être assez complet afin que tous les professionnels amenés à le consulter soient bien informés et en capacité de poursuivre la prise en charge. (12)

II.4.3.2. Les critères d'orientation vers une structure spécialisée

Lorsque l'intensité et la durée de la douleur ainsi que son retentissement social paraissent non cohérents avec la lésion causale initiale ; par exemple quand le traitement en cours ne permet pas un soulagement suffisant ou encore lorsqu'une approche interdisciplinaire est nécessaire, le MK doit réorienter le patient dans une structure spécialisée dans l'évaluation et le traitement de la douleur chronique. (18, 34)

Ces structures vont approfondir le bilan de la douleur en évaluant ses différentes composantes : cognitives, comportementales, affective et émotionnelle, ainsi que son retentissement et le risque d'incapacité qui y est rattaché. (32) Et en cas de besoin, elles vont aussi pouvoir offrir une évaluation psychologique et une évaluation des objectifs à atteindre. (32)

III. L'hypnose, qu'est-ce que c'est ?

III.1. L'histoire de l'hypnose

III.1.1. Un début : le magnétisme animal

L'hypnose a, en réalité, toujours existée. En effet, nous pouvons retrouver une description de techniques proches de celles de l'hypnose dans des papyrus égyptiens datant de 3500 avant J-C. (33) Mais c'est au cours du XVIIIème siècle, aux alentours des années 1770, que Mesmer, docteur en théologie et en philosophie propage sa pratique sous le nom de « magnétisme animal ». Il décrit ainsi le magnétisme comme une technique permettant de rétablir la circulation entravée d'un certain fluide à l'origine de la maladie. (33)

III.1.2. Une notion de relation médecin-malade

Cependant, Mesmer ne réussit pas à mettre en évidence ce « fluide magnétique », ce qui, plutôt que mettre fin à l'utilisation de cette technique, permis de mettre en avant l'importance du facteur psychologique dans la prise en charge de la maladie. On commence alors à suggérer la présence d'une influence psychologique et de la suggestion liée à une relation entre le médecin et le malade. (34)

Puis, Charcot, à la fin du XIXème siècle, se ré- intéressa à l'étude des facteurs physiologiques et réussit à mettre en avant les phénomènes réels des processus hypnotiques. Permettant un élargissement de son domaine d'utilisation et des recherches à son propos. (34)

III.1.3. D'une pratique psychologique à une pratique sensorielle

Mais la mort de Charcot ainsi que la découverte des anesthésiques chimiques tels que l'éther et le chloroforme vont mettre fin à l'utilisation de l'hypnose. (35) Jusqu'au début du XXème siècle notamment aux États-Unis, après la Seconde Guerre Mondiale, avec l'apparition des « névroses de guerre » qui nécessitent alors une prise en charge psychologique.

Et cette pratique traditionnelle plutôt psychologique va ensuite évoluer vers une pratique plus « sensorielle » avec Milton H. Erickson (1901-1980), psychiatre américain à

l'origine de la perception de l'hypnose comme « *un moyen donné à la personne de potentialiser ses ressources pour changer* ». (36)

III.1.4. Son inauguration dans le soin médical

En parallèle, en France, la pratique de l'hypnose fut principalement défendue par le psychiatre Léon Chertok (1911-1991) qui prônait l'importance de l'existence d'un « lien affectif » entre le thérapeute et le patient dans le phénomène hypnotique. Il a ensuite été aidé par le Dr M.E. Faymonville qui a su remettre en avant l'utilisation de l'hypnosédation et J.M. Bernhaïm qui a permis la mise en place d'un premier Diplôme Universitaire d'hypnose. Cela a démontré l'intérêt de l'utilisation de l'hypnose dans le domaine du soin médical et de la réintroduire en France. (36)

III.2. La définition de l'hypnose d'aujourd'hui

Aujourd'hui, la pratique de l'hypnose semble en plein essor, tant dans le domaine médical que dans le domaine de la concentration, de la gestion des émotions ou que dans le domaine du spectacle. (36)

III.2.1. Définition internationale de l'hypnose

L'International Society for Hypnosis définit l'hypnose comme un « *état de conscience impliquant une attention focalisée et une conscience périphérique réduite caractérisée par une capacité accrue de réponse à la suggestion.* » (37)

Par ailleurs, Antoine Bioy, révèle l'existence de 5 caractéristiques qui lui sont propre: la modification de l'orientation spatiotemporelle, la sensation de détente, l'attention facilement concentrée et focalisée sur un élément donné, la diminution du jugement et de la censure, et la réalisation d'une réponse quasi-automatique. (38)

III.2.2. Les différentes formes d'hypnose

De plus, il faut noter qu'il existe plusieurs formes d'hypnose. La première, dite classique, est la forme la plus ancienne et celle utilisée dans les spectacles : c'est une forme d'hypnose directive qui repose sur des suggestions fermées et qui va permettre de faire rapidement rentrer le sujet dans la phase de transe. (38)

La seconde, ericksonnienne, porte le nom de son prédécesseur et intègre la notion d'« approche individualisée » du patient : elle se base alors sur le principe que le patient possède ses propres ressources utiles à sa guérison et que l'état de transe hypnotique va lui permettre d'y accéder. (39)

La nouvelle hypnose, quant à elle, est une forme d'hypnose « participative » : c'est la personne hypnotisée qui va conduire la séance. Ainsi, le langage va y prendre une place importante. (40)

Enfin, l'hypnose humaniste consiste, à l'inverse des autres, à « *reconnecter la personne à elle-même* » et à mettre davantage ses sens en éveil plutôt que de les inhiber. (40)

Par ailleurs, la pratique de l'hypnose thérapeutique aujourd'hui utilise quelques principes essentiels de chacune de ces formes : l'approche individualisée, l'importance du langage et de la participation du patient. Elle se manifeste par une « approche intégrative », c'est-à-dire enrichie par l'intégration de différentes techniques et influences, et ce dans le but de s'adapter au mieux aux besoins du patient. (38)

III.3. Les mécanismes d'action de l'hypnose

III.3.1. Les étapes du processus hypnotique

Une séance d'hypnose formelle se compose de quatre étapes à respecter : la première permet la création d'un lien avec le patient, la deuxième entraîne une modification de la conscience, la troisième est celle au cours de laquelle le travail s'effectue et la dernière correspond au retour à l'état normal.

III.3.1.1. L'entretien : la création d'un lien avec le patient

La première étape de l'hypnose consiste à créer un lien avec le patient. Elle permet non seulement de recueillir son consentement mais aussi de déterminer les objectifs de la séance. (38)

Cet « entretien » est d'ailleurs considéré comme le moment le plus important de la prise en charge car il va conditionner son succès, notamment par le type d'attente qu'il va générer chez le patient. Et nous savons qu'une attente positive favorise les résultats de traitement de meilleure qualité. (4)

III.3.1.2. L'induction hypnotique : une modification de la vigilance

La seconde étape, aussi appelée « induction hypnotique » correspond en fait au « *passage de la vigilance restreinte à la vigilance généralisée* ». C'est-à-dire du passage de la conscience qui porte attention à un nombre limité d'éléments à la conscience qui « *supporte la totalité des souvenirs, des perceptions des sens externes et internes, des résultats et des possibilités d'apprentissage* ». (41)

L'induction consiste à créer un environnement propice au laisser aller du patient, grâce à la modification de ses repères et de sa perception habituels qui le maintiennent dans la réalité. Cet état se traduit notamment par un ralentissement psychomoteur (38) et permet une baisse de vigilance de la part du patient, ainsi qu'une plus grande flexibilité mentale. (42)

III.3.1.3. La phase d'absorption hypnotique ou phase d'action

Ensuite, cette flexibilité mentale va rendre possible la troisième étape qui est celle de l'action. Elle est aussi appelée « phase d'absorption hypnotique » pour certains, et correspond à la phase durant laquelle le thérapeute va pouvoir utiliser des métaphores et faire des suggestions au patient visant à modifier son expérience sensorielle. (43) Par ailleurs, il existe un très grand nombre de suggestions différentes (4) mais elles vont toutes avoir pour but de modifier la perception de la réalité du patient. (38)

Cependant, pour d'autres, il apparaît que les suggestions font partie des techniques permettant d'atteindre l'état d'induction. Cela donne naissance à 3 types d'induction : par le toucher, par la fixation d'attention et par l'imagination. (42) Il semble donc que les suggestions aient une utilité aussi bien pour permettre au patient d'entrer en transe que pour lui permettre de modifier ses perceptions une fois en état de transe.

III.3.1.4. Le retour à l'état de conscience habituel

Enfin, la dernière étape consiste au retour à l'état de conscience habituel, au cours de laquelle le patient va retrouver ses perceptions actuelles ainsi que ses capacités de réflexion et de jugement qu'il avait mises de côté. (38)

III.3.2. Les modifications cérébrales dues à l'hypnose

Grâce à l'utilisation de l'imagerie cérébrale, des variations au niveau de l'activité cérébrale ont pu être mises en évidence au cours de ces différentes phases hypnotiques.

III.3.2.1. Lors de l'induction hypnotique

En effet, lors de l'induction hypnotique, une diminution du débit sanguin dans le tronc cérébral ainsi que dans les cortex somesthésiques primaire et secondaire a pu être observée. Cela explique la baisse de vigilance de la part du patient ainsi que la diminution de sa capacité à se représenter son schéma corporel et donc à percevoir ses sensations habituelles. (42)

III.3.2.2. Lors de la phase d'action

Ensuite, lors de l'absorption hypnotique, il a été mis en évidence une augmentation du flux sanguin dans les régions du CCA, du thalamus, du lobe pariétal et du gyrus frontal. (42) Structures qui, comme nous l'avons vu précédemment, sont responsables du traitement de l'information douloureuse et de l'élaboration de ses différentes composantes. (20) L'augmentation d'activité de ces structures cérébrales signe un engagement de leurs mécanismes attentionnels. Comme cet engagement s'effectue dans un cerveau en état de faible vigilance, cela explique la modification de l'expérience subjective du patient grâce aux suggestions. (42)

Cependant, il apparaît également une diminution de l'activité du cortex frontal au cours du processus hypnotique, ce qui traduit une diminution de la participation des fonctions cognitives au traitement de l'information douloureuse. Ainsi, la réflexion critique, la possibilité d'action volontaire et de prise d'initiative sont inhibées, limitant la possibilité de refus des suggestions. (44)

Enfin, on observe une augmentation de l'activité occipitale au cours de la phase d'absorption hypnotique, due à une altération de la conscience, associée à une diminution de l'excitation ainsi qu'à une facilitation de l'imagerie visuelle, favorisée par l'utilisation de métaphores. (45)

III.3.2.3. L'effet des suggestions

Par ailleurs, certains auteurs ont dissocié la phase d'absorption hypnotique du temps de la suggestion. En effet, au cours de l'intégration des suggestions, il a pu être observé une augmentation de l'activité cérébrale au niveau des lobes frontal et pariétal. (45) L'activation du lobe frontal, qui a pour rôle habituel de réinterpréter les stimuli douloureux, traduit une augmentation de la capacité à modifier la perception douloureuse. Et l'activation du lobe pariétal, quant à elle, invoque une réinterprétation des significations associées aux sensations somatiques. (45) Tout cela va concourir à la modification de la perception de la douleur habituelle.

De plus, lors de l'intégration de suggestions hypnoanalgésiques, la connexion entre le CCA et le réseau des structures impliquées dans la perception et l'analyse des composantes de la douleur telles que le cortex préfrontal et le cortex prémoteur est intensifiée. Cela explique la modification des processus attentionnels et de jugement pour le premier et une réorganisation des réponses comportementales pour le second. (38)

De façon plus détaillée, on observe une augmentation de la connexion entre le CCA et l'aire supplémentaire pré-motrice qui va permettre une réorganisation de la réponse comportementale dans le but d'obtenir la plus adaptée au stimulus en initiant un nouveau modèle en lien avec les aires motrices et pré-motrices. (46)

III.3.2.4. Au cours du processus hypnotique en général

Pour finir, dans une étude plus récente, on évoque plus particulièrement une activation de la partie ventrale du CCA pendant le processus hypnotique, qui traduit alors une réduction de la perception consciente des informations sensorielles ainsi que des changements dans la modulation de l'intensité de la douleur (composante sensorielle) et de son désagrément (composante affectivo-émotionnelle). Elle met également en avant une augmentation de l'activité du cortex frontal qui correspond aux conséquences d'une attention focalisée. (44)

III.4. Des a priori de la part des patients

Malheureusement, malgré les preuves incontestables de l'action bénéfique de l'hypnose au niveau du cortex cérébral, il perdure encore une certaine incertitude concernant son utilisation chez les patients.

III.4.1. Une certaine appréhension vis-à-vis de la technique

L'hypnose conserve encore aujourd'hui cette notion « d'ordre magique » dans la représentation sociale collective. (43)

Elle est aussi accompagnée de nombreuses croyances négatives : elle serait un état de sommeil ou encore un état d'abrutissement permettant à l'hypnotiseur de contrôler l'hypnotisé. (38) Cette notion de perte de la volonté est celle qui est la plus exprimée par les patients et qui les effraie grandement. (36) Toutes ces craintes imitent encore l'étendue de son utilisation ou en tout cas sa reconnaissance dans le monde médical.

III.4.2. Une prédisposition à l'hypnose ?

Par ailleurs, il semble qu'un grand nombre de patients qui se voient proposer cette technique pense que cela ne va « pas marcher sur eux » car ils ont un « fort caractère » et que cela ne « marche que sur les faibles ». (4)

Il existe en effet plusieurs facteurs à l'origine de la réussite ou non d'une technique d'induction, mais cela n'a rien à voir avec une quelconque faiblesse d'esprit. Elle concerne plutôt le type de personnalité du patient, la représentation qu'a le patient de l'hypnose, les attentes qui y sont associées ainsi que les circonstances et l'environnement présents lors de l'induction. (43)

IV. Problématique et hypothèse de recherche

Comme le souligne SFETD : « *la douleur est le principal motif de consultation en kinésithérapie* ». (2) Par ailleurs, il apparaît que les outils à disposition des masseurskinésithérapeutes sont davantage utiles dans la prise en charge de la douleur aiguë et non pas dans la douleur chronique. (30,47–49) Cela pousse les professionnels à réorienter les patients souffrant de douleur chronique dans des structures spécialisées comme nous l'avons vu précédemment.

Cependant, le délai d'attente pour pouvoir intégrer l'une de ces structures est important. (2) Or nous savons qu'une prise en charge rapide d'une douleur permet d'éviter l'effet de chronicisation. (12)

En parallèle, nous avons pu voir que l'hypnose a des effets incontestables sur les structures cérébrales liées à la perception de la douleur. C'est pourquoi il me semble intéressant de se poser la question suivante :

L'hypnose pourrait-elle être un outil profitable à la prise en charge de patients souffrant de douleurs chroniques en masso-kinésithérapie ?

Pour répondre à cette question, nous allons réaliser un état des lieux de son utilisation auprès des masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre de prises en charge de douleurs chroniques. Celui-ci va avoir pour premier objectif de déterminer si l'hypnose pourrait réellement être bénéfique aux patients. Il va aussi nous permettre, dans un second temps, de savoir si son utilisation modifierait la pratique des masseurs-kinésithérapeutes. Et le dernier objectif aura pour but de mieux comprendre les modalités d'action de ce nouvel outil.

Ainsi, il découle de ce questionnement 3 hypothèses :

- Hypothèse 1 : L'hypnose permet d'améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur chronique.
- Hypothèse 2 : L'hypnose permet une diminution de la douleur chronique sur le long terme.
- Hypothèse 3 : L'hypnose modifie les modalités d'exercice du masseur-kinésithérapeute.

V. Méthodologie

La partie qui suit va être consacrée à la description de la méthode utilisée pour le recueil de données. Elle est constituée d'une première partie justifiant du choix de la méthode et décrivant les modalités de recrutement de la population et de son application. D'une seconde partie concernant la construction du guide d'entretien. Et d'une dernière partie évoquant la méthodologie d'analyse utilisée.

V.1. L'entretien semi-directif

V.1.1. Un choix justifié

Après avoir vécu cette situation de prise en charge d'une douleur chronique au cours de laquelle je me suis sentie dépourvue de moyens, j'ai pu entendre parler de ce nouvel outil qu'est l'hypnose au cours de mes stages suivants. J'ai alors effectué des recherches afin de mieux comprendre ses mécanismes d'action et j'ai trouvé plusieurs articles qui vantaient les mérites de cette « nouvelle » technique, dont une revue de littérature systématique datant de 2019 qui confirme son efficacité dans le soulagement de la douleur. (5)

Je me suis alors demandée ce qu'il pouvait en être dans le cas des douleurs chroniques, et dans des conditions de pratique de masso-kinésithérapie. Il m'a donc semblé judicieux de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de MK formés à l'hypnose et qui l'utilisent auprès de patients souffrant de douleurs chroniques.

Car en effet, d'après Geneviève Imbert, l'entretien semi-directif est « une technique de collecte de données qui contribuent au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives ». (50) Il s'agit donc d'une méthode tout à fait appropriée pour faire l'état des lieux de l'utilisation d'une technique par des professionnels dans leur pratique quotidienne.

V.1.2. Critères d'inclusion des participants

Par ailleurs, afin de mettre en œuvre cette méthode de recherche, il était indispensable d'inclure des participants selon différents critères. Comme il s'agit d'une méthode de recherche qualitative, elle suppose de s'intéresser plus à la qualité que la quantité, d'où l'intérêt d'obtenir une population hétérogène. (51)

Les critères qui ont permis cette hétérogénéité sont les suivants : le sexe, l'âge, le type d'exercice (salarial ou libéral), le secteur d'activité ou une spécialisation, la durée d'exercice depuis l'obtention du diplôme d'état de MK et la durée de pratique depuis la formation à l'hypnose.

Cependant, pour être inclus dans cette étude, chacun des participant devait valider les critères suivants : avoir obtenu le diplôme de masso-kinésithérapie, exercer sur le territoire français, avoir été formé à l'hypnose et pratiquer cette technique de façon régulière et auprès de patients douloureux chroniques sur le long terme.

Pour finir, pour des raisons pratiques, j'ai décidé de ne réaliser mes entretiens que dans la zone géographique de la Bretagne.

V.1.3. Méthode de recrutement des participants

Une fois ces critères fixés, a commencé le recrutement des participants. Les premiers contacts m'ont été fournis par les formateurs de l'IFMK de Brest qui ont su me communiquer le nom de personnes potentiellement intéressées de participer à cette étude. D'autres étaient déjà intervenus au sein de l'école. Certains me venaient de rencontres au cours de mes stages. Et d'autres encore m'ont été procurés par des connaissances extérieures.

Pour la plupart, ils ont été contacté par mail en première intention : cela m'a permis de présenter l'objectif de mon mémoire et les conditions de l'entretien tout en laissant le temps au potentiel intéressé d'y réfléchir et d'accepter ou non d'y participer. Pour les autres, cela s'est fait par téléphone, en essayant de respecter des horaires qui ne les dérangeraient pas dans leur travail afin de pouvoir prendre le temps de leur expliquer ma démarche et mes attentes.

Ainsi, j'ai contacté 8 MK formés à l'hypnose parmi lesquels 6 ont répondu et ont souhaité réaliser un entretien.

V.1.4. Les participants

Au total, six entretiens ont donc été réalisés au cours de cette étude, et tous ont pu être enregistrés avec l'accord de la personne interrogée afin de faciliter le travail de retranscription.

Pour des raisons d'anonymat, les noms des participants ont été modifiés.

Tableau des masseurs-kinésithérapeutes formés à l'hypnose participant à l'étude :

Participant	Année d'obtention du diplôme de MK	Lieu de formation en MK	Année de formation à l'hypnose	Statut d'exercice
Anthony	2009	Belgique	2015	Libéral
Tristan	1988	Paris	2009	Salarié en CRF
Clémence	2000	Paris	2019	Salariée en CRF
Oliver	1993	Strasbourg	2003	Libéral
Juliette	1998	Belgique	2004	Libéral
Bérénice	1987	Rennes	2017	Salariée en CRF

V.2. Le guide d'entretien

V.2.1. Construction du guide d'entretien

Avant de pouvoir réaliser ces entretiens, il a fallu concevoir un guide qui correspond en réalité à une sorte de liste contenant l'ensemble des thèmes qui sont à aborder au cours de l'entretien. Il sert alors « d'aide-mémoire » pendant l'entretien, afin de s'assurer d'aborder tous les thèmes nécessaires à l'élaboration d'une réponse à la problématique de l'étude. (52) En effet, lors de la réalisation d'un entretien semi-directif, les questions doivent être posées « dans l'ordre le plus adapté au discours de l'enquêté » (51) et il peut donc être difficile de s'y retrouver.

Par ailleurs, celui-ci a été testé une première fois auprès d'un des formateurs de l'IFMK de Brest formé à l'hypnose. Cela a permis d'ajuster certaines notions, d'avoir un ordre d'idée du temps nécessaire à sa réalisation et de réduire le nombre de questions posées. Cela dans le but de rester dans une posture de neutralité et ne pas influencer le discours du professionnel interrogé. (51)

Ainsi, ce guide d'entretien (ANNEXE I) a été conçu selon 5 thèmes principaux abordés à travers des questions ouvertes offrant à l'interviewé un large éventail de réponses. (51) Des questions de relances ont aussi été préconçues afin de pallier à toute éventualité de nonréponse et de faciliter le déroulement de l'entretien. (52)

De plus, chaque entretien débutait par une courte introduction dans laquelle il était rappelé l'intérêt et l'objectif de l'étude au participant, précisé que tout commentaire est intéressant, et demandé l'autorisation d'enregistrer la conversation en précisant le

caractère anonyme du témoignage. Évoquer ces différents points participe à l'élaboration d'une confiance permettant à la personne interrogée de se sentir plus à l'aise et surtout de s'exprimer librement. (50)

V.2.2. Les différents thèmes abordés

Toujours dans cette optique de placer le participant dans une atmosphère de confiance, l'entretien commence par un thème concernant son **parcours professionnel** : on y aborde alors le lieu de la formation initiale et l'année d'obtention du diplôme.

Le second thème poursuit dans l'idée du parcours professionnel mais s'attarde davantage sur la **formation à l'hypnose**. Cela permet de faire une transition en douceur et surtout de déterminer les raisons qui ont poussées les MK à se former à l'hypnose.

Le troisième thème, « **l'apport de l'hypnose dans la pratique professionnelle** » s'intéresse plus particulièrement à l'impact que cette nouvelle technique a dans la pratique du MK, tant sur le plan positif que sur le plan négatif.

Le thème suivant concerne les **modalités d'application de l'hypnose** : il a pour objectif de déterminer les freins et les limites de son utilisation ainsi que les facteurs favorisants.

Enfin, le dernier thème aborde les **résultats de l'utilisation de l'hypnose** auprès de patients douloureux chroniques.

V.2.3. Le déroulement des entretiens

La moitié des entretiens a été réalisé en face à face et l'autre moitié par téléphone. Le choix s'est fait en fonction des disponibilités de chacun mais aussi en fonction de l'éloignement géographique, pour des questions pratique.

Lorsque l'entretien se déroulait en face à face, celui-ci se faisait sur le lieu de travail du MK interrogé, et après avoir déterminé un horaire propice à l'échange, c'est-à-dire sur un créneau assez large et dans un endroit calme afin de faciliter la discussion. Il en a été de même concernant les horaires pour les entretiens par téléphone.

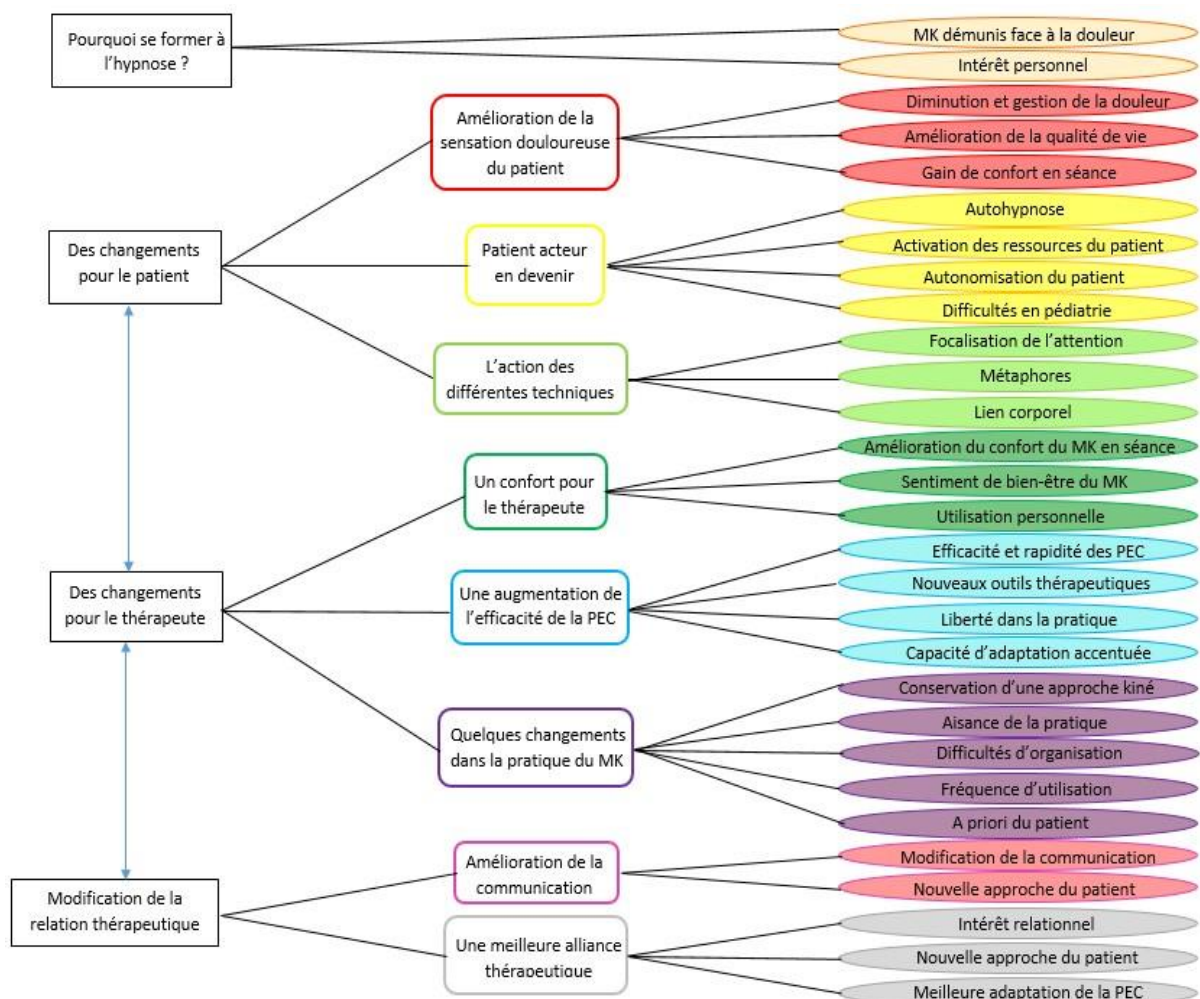
Par ailleurs, au cours de chacun de ces entretiens, il a fallu faire preuve de nombreuses techniques indispensables à la fluidité du discours du professionnel telles que la reformulation, les transitions, l'écoute active qui est d'ailleurs plus difficile au

téléphone, savoir recentrer le sujet etc. (51) Tout cela dans le but d'orienter le déroulement du discours sans pour autant l'influencer.

V.3. La méthodologie d'analyse

Pour finir, les 6 entretiens ont été retranscrits afin d'être analysés individuellement, de manière à relever les éléments importants et pertinents (ANNEXE II). Ceux-ci ont ensuite été surlignés de couleurs différentes en fonction de leur thème et numérotés de 1 à 6 en fonction de leur auteur. Ce qui a permis de mettre en évidence certaines récurrences ou au contraire certaines exceptions.

Ils ont ensuite été triés à l'aide du schéma ci-dessous. Tous ces éléments ont été rassemblés sous un même terme et plusieurs de ces termes ont été rassemblés pour en former un autre. Cela a permis d'établir le plan d'analyse que nous allons traiter par la suite.



Source : Elodie Févin, schéma réalisé le 02/04/2020

VI. Analyse des résultats

Dans cette analyse, nous allons dans un premier temps mettre en avant les raisons qui ont poussées les kinés à se former à l'hypnose, ensuite nous relèverons les changements que cette nouvelle pratique engendre d'abord chez les patients puis chez les MK. Et enfin nous aborderons les modifications qui se font remarquer au niveau de la relation soignant-soigné.

VI.1. Quelles raisons poussent les masseurs-kinésithérapeutes à se former à l'hypnose ?

Au début de chaque entretien, au moment où l'on abordait le terme du parcours professionnel, chaque MK a pu exprimer les raisons qui les ont poussés à se former à l'hypnose.

VI.1.1. Un besoin d'outils efficaces

« Je me sentais un peu démunie au niveau de mes armes en tant que kiné, pour les aider, les soulager, tout ça. Une fois que tu as passé le TENS, les ultrasons, le K-tape et voilà, que tu n'as plus rien, que tu as tout essayé, que tu as fait tout ce que tu connaissais... ». Clémence, salariée en centre de rééducation et diplômée depuis 19 ans, faisait face à des difficultés dans la prise en charge de patients douloureux chroniques, ne possédant pas assez d'outils efficaces à la prise en charge de ce type de douleur.

Ce ressenti a aussi pu être exprimé par Tristan, salarié dans le même centre et diplômé depuis 32 ans : « Ce qui m'a amené à faire la formation c'est que, par rapport à la douleur des patients, on est quand même un peu démunis en kiné. Hein, tu as quoi ? Tu as l'électrostimulation... Bon ça marche, ça ne marche pas... »

« Moi je m'adresse à des jeunes qui finalement ne vont pas être améliorés par tout ce qu'on peut leur proposer de manière ordinaire je trouve. Que ce soit l'exercice physique, que ce soit le massage, enfin tout ce qu'on peut proposer ici en tout cas. » Bérénice, quant à elle, diplômée depuis 32 ans et salariée dans un centre de rééducation en service pédiatrique affirme utiliser l'hypnose pour pallier à l'inefficacité des techniques instrumentales de kinésithérapie.

VI.1.2. Une curiosité professionnelle

« Ça me tournait en tête depuis que j'avais fait le stage chez les grands brûlés. [...] Brosser quelqu'un qui est brûlé pour retirer toutes les peaux brûlées, c'est quelque chose de très algique. Et là ils étaient dans des bains, ils étaient mobilisés et ils avaient l'air bien. Ça m'avait quand même énormément interrogé sur l'effet antalgique de l'hypnose ». Après avoir pu voir l'hypnose en application dans des situations de douleurs extrêmes, et suite à la surprise que ses résultats ont suscité chez elle, Juliette a souhaité en savoir plus sur ses mécanismes d'action.

Elle a également souhaité trouver une solution pour remédier aux douleurs chroniques de certains patients après avoir fait face à des échecs thérapeutiques : « Quand on a l'esprit un peu tordu on se pose plein de questions, on se dit « bah tient comment est-ce que je pourrais faire ça de façon plus efficace ? » ou avec tel type de patients qui sont vraiment des douloureux chroniques qui parfois nous mettent en échec « pourquoi est-ce que je n'ai pas réussi ? » ». Elle a donc décidé de se former à l'hypnose il y a maintenant 16 ans, 6 ans après l'obtention de son Diplôme d'État de masso-kinésithérapie.

Anthony, diplômé depuis 11 ans, a pu observer les résultats de la pratique de l'hypnose lors de remplacements en cabinet libéral ainsi que les différents principes essentiels à sa pratique. De plus, comme il se dit « avoir toujours été intéressé par le relationnel » et qu'il s'agit d'un des principes de l'hypnose, il a réalisé la formation il y a 5 ans.

VI.1.3. Une découverte à travers diverses formations

Enfin, pour Oliver, les raisons qui l'ont poussé à se former à l'hypnose sont plus aléatoires. Il a découvert l'hypnose à travers différentes formations qu'il a pu effectuer depuis l'obtention de son diplôme il y a maintenant 27 ans et au cours desquelles il a pu retrouver des points communs aux effets de l'hypnose.

« Donc Mézières, quand j'ai fait mon DU, je me suis rendu compte que dans ma façon de parler j'avais déjà installé quelque chose. Et mes patients me ramènent, alors que je ne suis pas en train de faire de l'hypnose, ils me ramènent des infos qui sont assez spécifiques à la transe. » En effet, on peut retrouver dans la méthode Mézières la notion d'« approche globale » du patient (53) qui est également à la base de la pratique de l'hypnose. Il a donc décidé de se former à l'hypnose il y a 17 ans.

Pour conclure, 4 kinés interrogés sur 6 ont senti le besoin de se former à un nouvel outil dans le but d'offrir un meilleur traitement à leurs patients douloureux chroniques, 5 kinés sur 6 avaient déjà eu vent de cette technique et y avaient déjà porté un intérêt. Il faut tout de même noter que pour tous, le délai entre l'obtention du diplôme d'état de MK et la formation à l'hypnose est de minimum 6 ans. Il pourrait être intéressant de connaître les raisons qui en sont à l'origine.

VI.2. Des changements liés à l'utilisation de l'hypnose pour le patient

VI.2.1. Une diminution de sa sensation douloureuse

« *Déjà entre le début de la séance et la fin de la séance, de 5-7 de douleur il passait à 1-2.* » Au cours de son entretien, Oliver énumère quelques exemples assez précis qui illustrent une diminution importante de la douleur du patient au cours d'une même séance. Après évaluation sur une échelle visuelle analogique, il relève une diminution de 4 unités.

C'est aussi ce dont témoignent respectivement Clémence et Tristan : « *Je trouve ça intéressant parce que ça fait diminuer la douleur, de façon vraiment objective...* », « *Sur un douloureux chronique, tu vas lui faire diminuer sa sensation gênante* ».

Ils ajoutent cependant que l'effet de l'hypnose sur la douleur n'est que temporaire et que la douleur revient systématiquement après une durée plus ou moins prolongée :

« *Par contre ce n'est pas définitif, c'est-à-dire qu'elle revient quand même. Voilà, ça arrive qu'elle revienne. Ce n'est pas complètement parfait.* », Clémence.

« *Ça dure plus ou moins longtemps.* », Tristan.

« *Mais moi je ne vais pas savoir si le côté hypnose... quel rôle ça a joué pour elle dans leur prise en charge.* » Cependant, pour d'autres kinés comme Bérénice, qui effectue principalement des séances d'hypnose formelle, son action sur la diminution de la douleur chronique ne semble pas directement établie car elle ne réalise pas d'évaluation objective. En effet, les enfants qu'elle prend en charge sont inscrits dans un programme pluridisciplinaire et l'évaluation de leurs progrès se fait de façon plus générale. Mais elle maintient que :

« Néanmoins quand on en faisait ça lui faisait du bien, c'est ce qu'elle disait hein. Enfin en général les gens trouvent que ça fait plutôt du bien hein ! »

VI.2.2. Un patient acteur de sa prise en charge en devenir

Par ailleurs, en plus de diminuer la douleur de façon temporaire, il semblerait que la pratique de l'hypnose offre la possibilité au patient de devenir acteur de sa prise en charge.

VI.2.2.1. Un patient plus actif dans sa prise en charge

Dans un premier temps, sa pratique va permettre au patient de prendre conscience de ce qui lui est nécessaire pour gérer sa situation. *« L'hypnose va permettre au patient d'aller trouver ce qu'il a en lui pour avancer, c'est lui-même qui va être capable de trouver ce qu'il lui faut et il va savoir comment l'utiliser aussi. »*, Anthony.

On parle alors de « mobilisation des ressources du patient » qui vont lui permettre de devenir plus actif dans son traitement et donc acteur de sa prise en charge comme le mentionne Tristan entre autres : *« ils deviennent acteurs, ils ne sont plus passifs à souffrir [...] ils deviennent vraiment acteurs de leur truc. C'est ça le plus important »*. Cette prise en main de la part du patient est indispensable à la réussite d'une prise en charge de douleur chronique car « un patient acteur de sa prise en charge est un patient qui saura reprendre une activité ».

(2)

Juliette affirme qu'il s'agit même d'une condition à la continuité des soins, que leur participation est indispensable pour réussir ce type de prise en charge : *« Les patients sont beaucoup plus actifs dans leur traitement parce qu'ils savent aussi que, je leur dis honnêtement, que si eux ne participent pas, moi je ne ferai rien »*.

VI.2.2.2. Un but : l'autohypnose

Et cette nouvelle capacité offre au patient la possibilité de mettre en application un nouvel outil thérapeutique qui semble être efficace dans la diminution de la douleur sur le long terme : l'autohypnose.

« Moi, le but, c'est qu'ils apprennent à faire de l'autohypnose en plus. C'est vraiment de les former à l'autohypnose et qu'au bout de 3 séances ils se débrouillent et

qu'ils l'utilisent après, plus tard. [...] C'est vraiment cette même idée, et même en général qu'ils fassent un maximum de trucs eux-mêmes en fait. L'hypnose c'est pareil, qu'ils se prennent en main, qu'ils arrivent à se gérer. [...] Et les gens qui souffrent depuis 4 ans on ne va pas leur enlever d'un coup de baguette magique donc il faut vraiment qu'ils apprennent à l'apprivoiser et à la gérer tous seuls quoi ». Comme le dit Clémence, le véritable but de chacun des professionnels de santé prenant en charge des patients atteints de douleurs chroniques est de faire en sorte qu'ils deviennent autonomes et qu'ils puissent gérer leur maladie/leur douleur, cela devient possible avec l'autohypnose.

C'est également ce que prône Tristan : « De toute façon, le but de toute séance c'est de leur apprendre à être autonome, avec la technique. Sinon ça n'a pas d'intérêt. [...] Le but c'est ça, c'est que les patients douloureux chroniques deviennent autonomes avec les techniques d'autohypnose. »

« Je fais des ateliers d'autohypnose en dehors, dans une association ». Anthony, quant à lui, a mis en place des ateliers au cours desquels il travaille avec ses patients sur le sommeil, la confiance en soi et la gestion de la douleur.

VI.2.2.3. Une acquisition plus ou moins facile

En outre, l'acquisition de cet outil d'autogestion de la douleur semble se faire assez rapidement et de façon assez naturelle pour les patients car comme le dit Juliette : « quasiment tout le monde sait faire un peu d'hypnose » avant d'ajouter qu'elle attend 2-3 séances avant de leur proposer, le temps que la relation de confiance soit bien établie : « au bout de 2-3 séances généralement, une fois qu'ils ont confiance en ce que je fais et en ce que je leur dis ».

En effet, cette relation de confiance est l'un des éléments indispensables pour que le patient trouve la motivation nécessaire pour devenir acteur de sa prise en charge. (54)

Pour Tristan, cela semble se faire aussi facilement. Il propose simplement la technique sans y accorder trop d'importance afin de limiter l'effet de pression : « J'explique la technique, on fait la technique et je leur dis « maintenant on se revoit la semaine prochaine en séance, comme ça toi tu vas l'utiliser. Si ça marche, si ça ne marche pas, tu vas voir. Mais si ça marche je t'apprends autre chose ». ».

En revanche, Bérénice a pu mettre en évidence une difficulté de cet apprentissage avec les enfants : « Je trouve qu'en pédiatrie ça ne marche pas très bien.

[...] Ce n'est pas une demande de leur part, il y a ça aussi qui joue je pense. Donc ce n'est pas quelque chose qu'elles vont vouloir répéter toutes seules. Oui c'est un peu fastidieux, ça demande un peu d'entraînement ».

Elle explique cette difficulté à l'initiation de l'autohypnose par le caractère moins impliqué de l'enfant, son manque de motivation et/ou d'intérêt. Cependant, les enfants âgés de 7 à 12 ans - dont l'adhésion thérapeutique dépend essentiellement de celle de leurs parents (55) - ont des capacités créatives plus importantes que les adultes, ce qui expliquerait une certaine facilité à la pratique de cette technique. (56)

Nous pouvons donc éventuellement justifier cela en pensant que Bérénice parlait plus précisément des adolescents pour qui l'éducation thérapeutique est plus difficile à établir et donc pour lesquels l'observance ne va pas être évidente à obtenir. (55)

VI.2.3. Comment ça marche ?

Nous avons donc pu voir que l'hypnose avait bel et bien un effet sur la douleur en séance, qu'elle permettait au patient de devenir acteur et de pouvoir gérer sa douleur sur le long terme grâce à l'autohypnose. Et au cours de ces entretiens, les MK ont pu nous faire part de certaines techniques et des mécanismes qui le permettent selon les différentes phases du processus hypnotique.

VI.2.3.1. Lors de la phase d'induction hypnotique

a) La focalisation de l'attention hors du champ de la douleur

Lorsque Tristan associe une technique d'hypnose à une technique kinésithérapique comme par exemple le massage ou la mobilisation, cela va permettre au patient de focaliser son attention sur autre chose que la douleur et ainsi diminuer cette sensation douloureuse : *« Tu peux masser aussi en focalisant le patient sur tes mains, sur leur travail, et puis sur comment il voit ce qu'il se passe à l'intérieur, sous tes mains, comment les muscles se transforment etc... »*

C'est aussi ce dont nous fait part Oliver en expliquant que cette focalisation va permettre au patient de participer entièrement au processus : *« Et quand tu le fais en plus avec une focalisation en hypnose, tu amènes la personne dans son intériorité pour travailler ces zones-là. Et elle sera elle-même en train de s'auto... enfin elle m'aide complètement. »*

En effet, la focalisation de l'attention sur plusieurs éléments à la fois va saturer la capacité attentionnelle de l'individu et cela va permettre de modifier la perception de l'environnement, ce qui participe à la réduction de la perception douloureuse. (57)
L'augmentation de cet état attentionnel est bel et bien mis en avant lors des études sur l'effet de l'hypnose sur le cortex cérébral grâce à une augmentation de l'activité du cortex cingulaire antérieur. (42)

Juliette évoque également cette focalisation de l'attention mais elle fait aussi mention d'un autre terme qu'est la confusion, qui va justement permettre de l'obtenir : « *Donc en hypnose, on va surtout utiliser la conscience virtuelle. La conscience logique et rationnelle, on va chercher à l'inhiber au maximum. Et on peut faire de la confusion, c'est-à-dire en disant des trucs tout à fait illogiques où on fait des liens... »*

Elle parle alors de 2 types de consciences : une virtuelle et une autre plus critique et analytique, qu'il va falloir inhiber pour obtenir cet état. Ces 2 types de conscience peuvent aussi se retrouver sous le nom de conscience critique et conscience virtuelle. La première correspond donc à la conscience sensorielle notamment, qui permet d'avoir le contrôle sur le monde extérieur et qui peut être modifiée par la seconde lors de processus hypnotiques dans le but de modifier ces expériences sensorielles douloureuses. (58)

b) La cohérence cardiaque

Les techniques de respiration sont elles aussi beaucoup utilisées par nos kinésithérapeutes interrogés. Ils y trouvent un intérêt car elles font davantage le lien avec l'approche corporelle du patient et jouent un rôle non seulement dans la focalisation de l'attention mais aussi sur la cohérence cardiaque.

« *La respiration c'est trop génial. Quand tu demandes la respiration, bien sûr la personne va respirer d'abord. Ok. Donc tu laisses, et ensuite tu vas pointer l'expiration. L'expiration qui a des effets ? [...] Relâchant. »* Comme le souligne Oliver, lorsque le patient est invité à respirer, il va en fait focaliser son attention sur le va et vient de l'air dans son corps. (59) Et en plus de cela, il affirme que l'expiration a des effets naturels relaxants de par son action passive.

« *Il y a aussi les exercices de respiration (qui viennent de la méditation) que j'accompagne avec les mains : ça a un effet... de captage sur le sympathique et le parasympathique par le nerf vague. Je l'utilise pas mal parce que c'est quand même très*

corporel et comme je disais tout à l'heure, je reste kiné avant tout et donc j'aime le lien avec le corporel. » Anthony mentionne ici l'utilisation de techniques respiratoires qui ont un impact sur le système sympathique et parasympathique via la stimulation du nerf vague.

En effet, la respiration profonde va entraîner une augmentation de l'activation du système parasympathique et donc la stimulation du nerf vague qui contrôle la sécrétion d'acétylcholine qui est responsable de la diminution du rythme cardiaque. (60)

VI.2.3.2. Au cours de la phase d'action

Une fois que le patient se trouve en état de transe, le travail sur la modulation de la sensation douloureuse peut commencer. Et cela peut se faire selon différentes techniques qui demandent à l'inverse une certaine focalisation sur cette douleur.

a) Le contrôle de la sensation douloureuse

C'est ce qu'on retrouve dans les techniques de réification par exemple, qui vont permettre au patient de s'approprier davantage cette sensation douloureuse et ainsi de mieux l'appivoiser peu à peu. *« On va réifier le truc qui gêne et puis.... Hop il se relâche. Tu sens que ça relâche. Et tu lui demandes, tu vois si le mouvement peut reprendre... Et puis le mouvement reprend. Et puis il y a autre chose qui gêne... Et puis on avance comme ça, de réification en réification. »*, comme nous l'explique Tristan en nous donnant un exemple de son utilisation lors d'une mobilisation douloureuse.

Cette réification va permettre au patient de chosifier sa sensation douloureuse et de la matérialiser, ce qui va révéler son caractère modulable. (61)

C'est ce même principe qui est utilisé dans la technique du gant, la technique la plus rapportée dans les entretiens. Comme le dit Bérénice, il va permettre *« d'isoler toute la sphère douloureuse »*. Et cet isolement de la sphère douloureuse va permettre au patient de donner des limites à la douleur et ainsi faciliter son contrôle.

Il s'agit en fait d'une technique qui demande au patient de confectionner un gant imaginaire protecteur : il en choisit la matière, la couleur, la forme. Il lui donne l'aspect qui lui semble le plus approprié pour être résistant à toute menace dont celle de la douleur. Puis, il peut ensuite l'appliquer à n'importe quel moment et sur n'importe quelle zone douloureuse.

(62) Et le fait de le fabriquer lui-même lui permet de renforcer cette sensation de contrôle.

b) La modification de la sensation douloureuse

« *Le diaphragme c'est un parasol multicolore qui raconte son histoire, on a le ventre qui est une mer, avec la vague qui va dans le petit bassin. [...] Je le décroche et en même temps je travaille le diaphragme en appui sur le ventre.* » À travers cette phrase, Oliver met en avant une autre technique utilisée en hypnose : la métaphore ou le langage figuratif.

Clémence illustre parfaitement cette technique en expliquant le principe de la respiration colorée qui consiste à l'inspiration d'une couleur agréable qui va chasser progressivement la couleur attribuée à la douleur dans le corps du patient. « *Si t'as un peu mal au genou, t'as une zone qui est rouge qui est un peu douloureuse, et en fait le jaune (couleur agréable pour le patient par exemple) va chasser le rouge, petit à petit. À force d'inspirer, ton jaune va être plus important que ton rouge. Et ton rouge va être expiré, il va disparaître, il va être expulsé lors de l'expiration. Donc tu as une inspiration positive et une expiration un peu plus négative qui ressort les choses dont tu as moins besoin* ».

La métaphore a pour but de diminuer la résistance du patient aux suggestions proposées par le kiné, elle permet de se détacher des éléments rationnels et ainsi de favoriser le fonctionnement de la conscience virtuelle, élargissant les possibilités de modification de la douleur. (36) Pour cela, les métaphores devront être élaborées par le dynamisme psychique du patient même afin de lui permettre de s'approprier cette douleur et ainsi de s'offrir une perspective de changement. (63)

c) Un travail du schéma corporel

« *Je fais aussi du « rééquilibrage », je cherche à rééquilibrer le corps, parce que quand on demande à un patient de décrire son corps il se sent souvent déséquilibré* », Anthony va aussi utiliser une technique de rééquilibrage corporel dont il me semble important de parler. Car en effet, nous avons pu voir auparavant que les patients souffrant de douleurs chroniques avaient un schéma corporel modifié de par cet aspect de chronicité.

Dans le même principe, Juliette va mettre en application des techniques de ressources corporelles qui vont permettre au patient de prendre conscience des parties de son corps qui ne sont pas douloureuses et ainsi favoriser leur expression tout en

inhibant celle des zones douloureuses. « *J'utilise beaucoup les ressources corporelles, parce que quand il y a une zone qui ne va pas bien, il y a aussi beaucoup d'autres zones qui vont bien. Donc j'active essentiellement les structures corporelles par rapport à ça. Je fais de l'antalgie beaucoup par rapport à ça.* »

VI.3. Des changements pour le thérapeute

En plus d'améliorer la situation des patients, l'hypnose semble aussi apporter aux thérapeutes qui la pratiquent. Tous les MK interrogés ont fait part de bénéfices concernant leur bien-être aussi bien dans leur façon de vivre le soin que dans leur façon d'exercer.

VI.3.1. Une amélioration de son bien-être et de sa qualité de vie

En effet, la plupart des MK formés en retire des bénéfices sur leur qualité de vie. « *Je vois des professionnels de santé qui sont complètement en burnout, au bout de très peu d'années d'exercice en fait. Parce qu'ils sont épuisés, parce qu'ils n'ont pas ces outils-là, on arrive vite fait à épuisement ! [...] Parce qu'on sait aussi trouver la bonne distance par rapport au patient alors que quand on n'a pas ces outils-là...* » Juliette y trouve un intérêt dans la gestion des difficultés qui pourraient mener au burnout, elle pense que l'hypnose permet au thérapeute de répondre à des difficultés dont l'utilisation d'outils basiques appris en kiné ne le permet pas.

Et c'est aussi ce qu'affirme Oliver : « *Sur la gestion du cabinet, la gestion du patient, sur le stress du thérapeute [...] ça nous rend plus serein* ».

Clémence, quant à elle, dit clairement que la pratique de l'hypnose au quotidien lui apporte du bien-être, une certaine détente : « *je suis hyper bien, je suis hyper détendue, moi personnellement je suis bien. Ouai ça fait vachement de bien, ça détend vachement. [...] C'est une technique hyper positive en fait* ».

Il en est de même pour Bérénice qui avoue l'utiliser dans sa vie personnelle pour faire face à des situations de stress ou à des perturbations du sommeil : « *J'essaie quand même de mettre ça en pratique pour moi-même [...] c'est vraiment un plus quand même. [...] Déjà tout simplement ce temps qu'on prend pour soi, pour réfléchir, pour faire de l'introspection etc...* ».

Pour finir, on peut noter une amélioration du confort du thérapeute dû à cette absence de provocation de la douleur ou encore justement grâce à cette possibilité de soulager son patient. C'est ce qu'évoquent respectivement Tristan et Clémence : « *Toi tu es plus confortable parce que tu sais que tu peux ne pas faire mal à ton patient* », « *De faire du bien aux autres ça te fait aussi du bien, par le bien que tu procures aux autres* ».

VI.3.2. Une amélioration de la qualité de ses PEC

En parallèle, l'hypnose offre apparemment de nombreux avantages dans la pratique de chacun de ces professionnels masseurs-kinésithérapeutes.

VI.3.2.1. Un soin plus intense, plus efficace

« *La notion de temps disparaît, quand on est en transe, il n'y a plus d'avant, il n'y a plus d'après, tu es dedans quelque chose. Donc ton soin est un peu plus... Peut-être un peu plus intensif quoi.* ». Pour Oliver, la pratique de l'hypnose semble améliorer ses soins, il pense qu'avec l'utilisation de techniques hypnotiques, les séances sont plus intensives car il ne pense plus au temps.

Cela pourrait en effet expliquer l'efficacité et la rapidité d'obtention de résultats des prises en charge dont nous fait part Juliette lorsqu'on lui demande ce que lui a apporté l'hypnose dans sa pratique : « *Une efficacité, essentiellement. C'est-à-dire qu'on pose un objectif, et on atteint un objectif dans 90% des cas.* » et « *une rapidité, sur par exemple des algoneurodystrophies qu'on traîne généralement 18 mois... Je crois que je dépasse rarement plus de 6 mois de rééducation.* ». Ces résultats s'expliquent par une activation des aires corticales pré-motrices frontales lors de la pratique de l'hypnose, dont le fonctionnement est normalement inhibé dans le syndrome d'algoneurodystrophie. Cette activation traduit en fait une illusion du mouvement du membre atteint qui va permettre de le débloquent. (64)

VI.3.2.2. Une notion de nouveauté/renouvellement

« *Ça te permet de faire des choses que tu n'aurais pas osé faire autrement. Voilà, oser de proposer de faire des choses au patient parce que tu sais que tu vas réussir à les faire.* ».

Tristan met ici en avant la notion d'évolution des capacités du thérapeute. Il nous fait comprendre que le fait de se former à ce nouvel outil va permettre au thérapeute de progresser davantage dans sa pratique car il va davantage oser mettre de nouvelles techniques en application.

C'est aussi ce dont nous parle Oliver quand il fait référence à la « règle des 3 O » qui est de « oser, oser, oser », il ajoute que cela permet au thérapeute de gagner en liberté et d'accéder à une nouvelle dimension de la pratique : « Tu vas t'autoriser à avoir une certaine liberté dans tes intentions et une orientation plus spécifique. Donc ça, ça peut être aussi très intéressant parce que ça donne une autre dimension aussi à la sensorialité que nous avons ».

Par ailleurs, dans la grande majorité des entretiens, nous avons pu relever un élargissement du panel de techniques à disposition permettant de soulager au mieux les patients comme nous le fait remarquer Clémence : « Et d'avoir cette nouvelle corde, ça m'aide à aider ces gens-là en fait. [...] Et du coup, ça m'apporte vachement justement pour soulager ces gens qui souffrent tellement ».

« Et moi j'ai intégré les techniques d'hypnose qu'on a apprises, je les ai mixées avec les techniques de rééducation ». Tristan ajoute qu'il a donné naissance à de nouvelles techniques telles que « l'hypno-massage » ou la « mob-réification » grâce à une association de techniques instrumentales à des techniques hypnotiques.

VI.3.2.3. Une meilleure adaptation au patient

Pour finir, l'utilisation de ces techniques permet au thérapeute d'obtenir une capacité d'adaptation accrue. En effet, 3 MK interrogés sur 6 avouent que les séances formelles d'hypnose ne se déroulent pas toujours comme prévu car c'est avant tout le patient qui va l'orienter avec son vécu et sa personnalité :

« Mais c'est étonnant parfois c'est vrai que ce n'est pas du tout ce que t'attends [...] Parce que des fois tu prépares juste pour te rassurer un peu et au final ça ne se passe pas du tout comme tu avais prévu de faire », Clémence.

« Mais ça ne marche pas toujours comme on le souhaiterait, ça c'est vrai aussi », Bérénice.

« Moi j'étais parti pour travailler dans le corps et peut être cette région-là, peut-être détendre un élastique ici, toujours imagé. On est arrivé à une poupée qu'elle a recousue

C'est la magie, l'imaginaire qui a fait que la personne, elle elle avait ça à faire », Oliver.

C'est pourquoi le MK va devoir « *savoir faire preuve d'imagination, individuelle, car elle permet de s'adapter rapidement à chaque patient et que les techniques et les approches sont différentes en fonction de chacun.* » comme nous le confie Anthony.

VI.3.3. Quelques modifications dans sa pratique

Cependant, il faut faire remarquer que toutes ces améliorations techniques, comportementales et relationnelles, s'accompagnent de quelques modifications dues à la pratique d'une nouvelle technique.

VI.3.3.1. Une vision peu confiante de l'hypnose

« Je n'utilise pas trop le mot hypnose parce qu'il a trop de connotations. », Anthony.

« Je ne parle pas forcément d'hypnose... Parce que les gens ont peur des fois, ils ont des appréhensions, ils ont l'impression qu'on va prendre le contrôle sur eux. », Juliette.

« La première séance ils arrivent ils sont un peu genre « c'est quoi ce bazar ? » », Clémence.

Ces 3 extraits nous confirment que les patients ont encore des a priori sur l'hypnose. C'est pourquoi chacun des thérapeutes interrogé doit adapter l'utilisation de ces techniques aux croyances de leurs patients.

Certains d'entre eux, comme Anthony ou Juliette, introduisent l'outil en proposant « *quelque chose* » ou « *un truc* » qui va permettre de « *gérer la douleur* » ou de « *gagner en confort* ». Et ils nomment ensuite, à la fin de la séance, l'outil utilisé par son vrai nom qu'est l'hypnose. En utilisant des mots simples et des termes dépréciatifs, ils évitent d'aborder la notion « magique » et donc permettent d'éviter toute appréhension de la part du patient.

Tristan, quant à lui, utilise un vocabulaire qui permet au patient de prendre directement conscience que c'est lui qui en est l'auteur et qu'il n'a donc aucune crainte à avoir : « *Je parle toujours d'autohypnose avec les gens, je dis « c'est toi qui l'as fait, pas moi ». C'est ça le truc, c'est que c'est les patients qui le font. Toi t'es guide, tu les guides.* ».

Pour Clémence et Bérénice, formées depuis moins longtemps, cela consiste à prendre le temps de présenter l'outil avant tout, afin de rassurer le patient et d'instaurer une relation de confiance. Il s'agit en fait de la première étape recommandée lors d'une séance d'hypnose formelle : « l'entretien » qui a pour objectif de sécuriser le patient en éliminant tous ses a priori et ainsi de créer une attente la plus positive possible de cette technique. (4) Sachant que l'attente de résultats est associée aux issues thérapeutiques qui s'ensuivent et donc que des attentes positives de la part du patient favorisent de meilleurs résultats. (65)

VI.3.3.2. Quelques difficultés d'organisation

Cependant, il semble tout de même important de faire remarquer que l'utilisation de l'hypnose peut avoir un impact négatif sur l'emploi du temps, notamment pour les nouveaux formés comme Clémence qui souhaite s'entraîner sur des créneaux horaires : « ça me bouffe aussi mon temps administratif en fait. [...] parce que je viens d'apprendre donc c'est important que j'en fasse pas mal [...] mais du coup c'est au détriment de mon travail administratif donc c'est un peu chiant. Donc je reste à 5 heures et tout ça... ».

Et son application ne semble pas très propice au milieu hospitalier comme nous le fait comprendre Bérénice : « Les professionnels qui avaient été formés voulaient tous avoir un peu de temps disponible pour pouvoir pratiquer. Et dans un contexte hospitalier ce n'est quand même pas très à l'ordre du jour [...] c'est un peu compliqué de pouvoir faire ça sur des temps formels. ». Il s'avère que dans le centre de rééducation dans lequel elle travaille ne soit pas entièrement prêt à proposer la formation à l'hypnose sur le long terme, car cela nécessite un réaménagement de l'organisation actuelle.

VI.3.3.3. L'hypnose conversationnelle : une hypnose omniprésente

Mais ces difficultés d'application concernent principalement l'hypnose formelle. Il existe une autre forme d'hypnose enseignée au cours de la formation : l'hypnose conversationnelle, qui elle, est beaucoup plus pratique à mettre en place. Elle peut être apprise en quelques jours (58) grâce à une bonne compréhension de son mécanisme et ainsi être mise en application de façon opportuniste. (57) En effet, 5 MK sur 6 confient utiliser l'hypnose conversationnelle de façon automatique et/ou involontaire :

« J'utilise beaucoup de conversationnel donc c'est très variable, je pense même que je l'utilise parfois sans vraiment m'en rendre compte, sans vraiment réfléchir au fait que je suis en train de faire de l'hypnose », Anthony.

« Au bout d'un moment, il y a une formulation qui se pose, et on ne sait même plus que cette phrase a un effet et qu'elle a déjà l'effet, donc on ne va pas commencer à détricoter des trucs, on ne se rend même pu compte qu'on le met en place », Oliver.

« Des fois je me surprends à faire ça », Tristan.

« Dans notre quotidien de kiné auprès du patient, c'est quelque chose qu'on utilise je pense presque tout le monde. En tout cas l'hypnose conversationnelle », Bérénice.

Par ailleurs, Juliette insiste sur le fait que l'hypnose conversationnelle est avant tout un outil de communication et qu'il est donc impossible de ne pas s'en servir : « Je trouve que c'est de toute façon une communication et qu'on ne peut pas ne pas communiquer ».

Il existe en revanche une petite exception pour Clémence qui est encore en cours de formation et qui avoue avoir quelques difficultés à utiliser l'hypnose en séance de kiné à proprement parler : « j'ai un peu de mal à faire de l'hypnose informelle. C'est vachement plus difficile de faire de l'hypnose informelle. Parce que ça prend vachement de... il faut vraiment réfléchir, beaucoup. » Pour l'instant, elle n'effectue que des séances d'hypnose formelle, sans l'associer à d'autres techniques kinésithérapiques. Il apparaît donc que la pratique de l'hypnose associée à des techniques traditionnelles est tout de même difficile à mettre en œuvre tout de suite après la formation.

VI.4. Une modification de la relation thérapeutique

Pour finir, il a été mis en évidence au cours de ces entretiens, une contribution de l'hypnose dans la relation thérapeutique à travers l'amélioration des capacités communicatives et de compréhension du patient.

VI.4.1. Une communication améliorée

VI.4.1.1. Une communication positive

Pour commencer, dans presque tous les entretiens, une modification de la façon de parler a été relevée, comme a pu le faire remarquer Oliver lors de notre échange : « *Qu'est-ce que ça a changé dans ma pratique ? Bien sûr c'est ma façon de parler, comme tu as pu constater avec mes collègues n'est-ce pas ? (rires) [...] Dans du conversationnel qu'on va utiliser régulièrement, t'as le choix des mots, t'as l'intonation de la voix, des ruptures de rythme dans ma voix...* ». Il parle aussi de communication positive qui va favoriser la confiance du patient : « *Alors on va essayer de communiquer proprement peut-être et peut-être positivement* ».

Et ce, que le thérapeute soit formé à l'hypnose depuis des années comme Anthony : « *Je n'ai pu la même façon de parler, de dire les choses, et c'est quelque chose que j'utilise dès la prise de rendez-vous au téléphone, surtout quand je sais que c'est quelque chose de chronique* ». Ou qu'il soit encore en formation comme Clémence : « *Être un peu plus positif dans le para verbal, enfin tout ce qui est autour des mots. Et aussi tout ce qui est le non verbal, la façon dont tu dis les choses aussi, c'est-à-dire le rythme, la vitesse. Et aussi les mots que tu utilises* ».

VI.4.1.2. L'importance du choix des mots dans l'évaluation de la douleur

Par ailleurs, cette modification de la communication se fait beaucoup remarquer dans le domaine de l'évaluation de la douleur. « *Au début oui je demandais l'EVA, mais maintenant je ne la demande plus. Maintenant je ne demande plus, je ne parle plus de douleur, je parle de confort, parce que c'est plus confortable. Sur la séance je ne parle plus de douleurs. On va parler de gêne au départ et puis de confort à la fin. Après on peut demander une échelle de confort : « sur une échelle de 0 à 10 vous êtes confortable à combien ? » S'il dit 8, sur ton échelle de douleur t'es à 2* ». À travers cette explication, Tristan insiste sur l'importance du choix des mots lors de l'évaluation de la douleur.

Car en effet, après avoir travaillé pendant toute une séance à l'évincement de celle-ci, pourquoi réactiver les zones cérébrales responsables de sa perception ? (66) Ainsi, 3 MK sur 6 révèlent utiliser cette même échelle de confort au détriment de l'échelle visuelle analogique habituelle de la douleur.

Et Oliver précise l'importance d'une évolution progressive dans le changement de vocabulaire chez les patients douloureux chroniques: « *Première séance on commence à parler douleur chez les chroniques, pour qui la douleur est bien enregistrée.*

[...] il va falloir qu'il y ait un petit truc de passe-passe quand même à un moment, pour que subtilement ce mot-là soit vu différemment. »

Il semble important, au premier abord, de faire comprendre au patient que nous, thérapeutes, sommes à son écoute et que nous prenons chacune des informations qu'il nous confie pour seule vérité. En effet, le patient reste le meilleur et le seul juge de sa douleur. (7) D'une autre façon, Juliette évalue les résultats de ses séances à travers une évaluation des capacités fonctionnelles du patient: *« Ils se sentent mieux, ils font plus d'activité, ils font plus de choses, ils ont un meilleur relationnel avec leur entourage... »*.

VI.4.2. Une alliance thérapeutique facilitée

En parallèle, il semble que cette communication améliorée s'accompagne d'une capacité augmentée à prendre conscience des besoins du patient grâce à une meilleure compréhension et un meilleur échange.

VI.4.2.1. Une approche plus complexe

« Donc communication thérapeutique, c'est-à-dire porter un autre regard peut-être sur les autres, sur l'individu, sur toute notre complexité de chaque individu. Accepter mieux l'autre... ». Pour commencer, Oliver semble vouloir nous faire comprendre que l'hypnose lui a permis d'appréhender différemment son patient, de lui offrir un nouveau regard, c'est-à-dire de voir le patient plus dans son intégralité et dans son individualité dès la première rencontre.

Il ajoute même une nouvelle dimension à cette compréhension du patient : *« Ça nous permet de comprendre les schémas corporels qui peuvent être un peu transformés parce qu'on n'arrive plus à donner de la mobilité, ou le patient est persuadé qu'ils sont comme ci ou comme ça. Donc voilà, ça ouvre le champ des possibles aussi, de compréhension un peu différente »*. Oliver fait ici référence à la perturbation du schéma corporel induit par la surreprésentation du foyer douloureux dont nous avons parlé auparavant.

Bérénice, quant à elle, affirme que la pratique de l'hypnose lui a appris à prendre plus de temps pour écouter ses patients et que ces derniers se confient davantage : *« je trouve que l'échange est vraiment riche avec le patient, parce que je pense qu'ils se livrent eux-aussi beaucoup plus que lors d'une simple conversation. »*. Et la capacité

d'écoute est un élément qui s'avère essentiel à la compréhension des besoins du patient et donc à l'élaboration d'une alliance thérapeutique. (7)

VI.4.2.2. Une meilleure compréhension

« Avec la partie communication thérapeutique, t'es plus en phase avec lui. Donc ça aussi c'est du confort. Je n'ai jamais de mots, d'agressions ou d'engueulades avec un patient. Depuis 10 ans ça ne m'est jamais arrivé ». Ainsi, comme le sous-entend Tristan, cette meilleure compréhension offre la possibilité d'instaurer une alliance thérapeutique de meilleure qualité. Cela ramène au fait que l'utilisation d'une communication adaptée au patient permet d'être « en phase » avec lui. (67)

C'est aussi ce qu'affirme Juliette de façon directe : « ça devient fluide au niveau des techniques pour le kiné et pour le patient [...] Une fluidité dans le sens relationnel. L'alliance thérapeutique est bien plus simple et plus fluide quand on est formé aux techniques d'hypnose ».

Par ailleurs, l'incompréhension de cette douleur par le patient et l'impossibilité d'être soulagé peut rendre une relation difficile entre le patient qui souffre et le thérapeute incapable de le soulager. Mais l'hypnose permettant une meilleure qualité d'écoute et l'élaboration d'une confiance plus stable, l'alliance thérapeutique est, là encore, facilitée. (68)

VII. Discussion

VII.1. Retour sur les hypothèses

Suite aux recherches effectuées concernant l'hypnose et la douleur chronique, 3 hypothèses ont été élaborées pour répondre à la problématique qui est de savoir si l'hypnose peut être profitable à la prise en charge kinésithérapique d'un patient souffrant de douleurs chroniques.

VII.1.1. De meilleurs résultats dans le déroulement de la PEC

Grâce à l'analyse de ces entretiens, nous avons donc pu relever un certain intérêt à utiliser l'hypnose dans l'amélioration du confort du patient ainsi que dans son autonomisation.

VII.1.1.1. Amélioration du confort du patient

En effet, il s'avère que la réalisation de techniques algiques en kinésithérapie est parfois indispensable à la rééducation du patient. Prenons pour exemple la réalisation de mobilisations articulaires dans des amplitudes extrêmes : celle-ci provoque une douleur chez le patient qui semble nécessaire au gain de mobilité afin de lui permettre de retrouver une meilleure fonctionnalité de son membre. (69) Mais cette douleur génère des réactions réflexes de défense comme des tensions musculaires et limite donc « l'amplitude consentie ». (70)

Il semble en plus que la répétition d'un acte douloureux entraîne des modifications de réactions comportementales telles qu'une augmentation de la fréquence cardio-respiratoire et de la tension artérielle ainsi qu'une augmentation du phénomène d'anxiété lors de sa réexposition. Cela peut sur le long terme amener le patient à refuser la réalisation d'un geste similaire. (71) Ce qui nous laisse à penser que la répétition d'actes douloureux va renforcer le phénomène de peur-évitement du patient douloureux chronique.

L'utilisation de techniques hypnotiques associées aux techniques instrumentales algiques de masso-kinésithérapie a prouvé son intérêt dans plusieurs études de cas dans l'augmentation du confort du patient. (67) Et l'utilisation d'un langage positif

accompagné de modulations de la voix et du timbre, que l'on retrouve dans les principes de l'hypnose, va favoriser la détente du patient. (57)

Ces deux éléments nous laissent à penser que l'utilisation de l'hypnose, grâce à une augmentation du confort et de la détente du patient au cours de la réalisation de techniques algiques va permettre une amélioration du résultat de ces techniques. Mais cela n'a pas encore été étudié de façon directe.

VII.1.1.2. Prise de conscience et autonomisation du patient

Par ailleurs, dans la PEC d'une douleur chronique, il est indispensable que le patient prenne conscience de sa capacité à contrôler sa douleur pour en devenir le maître. (61) Nous avons vu que les différentes techniques mises en œuvres au cours de la phase d'action du processus hypnotique vont le permettre : c'est cette sensation de contrôle et de capacité à moduler sa douleur qui va permettre au patient de sortir du catastrophisme. (25)

De plus, comme nous l'avons vu précédemment, ces différentes techniques vont offrir aux patients la possibilité de retravailler leur véritable schéma corporel. Mais c'est en réalité aussi ce que va permettre la reprise progressive de l'activité physique, recommandée dans la prise en charge de la douleur chronique. Et ce tout en diminuant ses pensées catastrophiques et de peur-évitement. (28)

Tout cela sera possible uniquement si le patient apprend à mobiliser ses propres ressources et s'il devient acteur de sa prise en charge. (2) C'est là qu'entre en jeu l'ETP qui se réalise en 4 étapes définies par la HAS : l'élaboration d'un diagnostic éducatif, la définition d'un programme personnalisé avec le patient, la réalisation des séances individuelles ou collectives et enfin l'évaluation pour faire le point. (31) Elle va ainsi permettre au patient d'acquérir et de conserver des capacités d'auto soins et d'adaptation telles que « mettre en œuvre des modifications à son mode de vie » et « se connaître soi-même et avoir confiance ». (72)

Par ailleurs, cette ETP va pouvoir être mise en place suite à l'élaboration d'une alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute (73), alliance qui s'avère être facilitée par l'hypnose (68). Mais là encore, l'hypnose n'est pas la seule à l'origine de l'élaboration d'une alliance thérapeutique puisqu'elle correspond en réalité à la compétence 5 du référentiel de compétences de la profession de MK : « *établir et*

entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie ». (3)

Nous pouvons alors nous demander si l'hypnose possède réellement un intérêt supérieur à celui de l'activité physique ou de l'ETP. C'est pourquoi Fabrice Cercleron affirme dans sa revue de littérature concernant l'utilisation de l'hypnose en kinésithérapie que « *bien qu'il y ait absence de validation scientifique de son usage en MK, il est pertinent de considérer que l'hypnose puisse faire partie de notre arsenal thérapeutique au titre de technique complémentaire* ». (67) Ainsi, l'hypnose serait un outil supplémentaire à la prise en charge de la douleur chronique plutôt qu'un outil révolutionnaire.

VII.1.2. Diminution de la douleur à long terme

La seconde hypothèse évoquait une diminution de la douleur sur le long terme grâce à la pratique de l'hypnose.

VII.1.2.1. Inefficacité des outils instrumentaux

Au cours de ces entretiens, nous avons pu mettre en évidence un sentiment d'inefficacité sur le long terme exprimé par les MK interrogés lors de la prise en charge de la douleur chronique avec l'utilisation des outils instrumentaux basiques de la kinésithérapie tels que le k-tape, les ultrasons, l'électrostimulation transcutanée ou encore les ondes de choc.

En effet, d'après une revue de littérature réalisée sur les effets du k-tape sur la douleur chez des patients ayant un syndrome fémoro-patellaire, celui-ci semble jouer un rôle notamment sur les structures musculaires. (47) Il en est de même pour les ultrasons, qui vont principalement produire des effets thermiques sur les tissus, tout comme les ondes de chocs, qui vont produire une stimulation uniquement mécanique. (48)

Il semble donc que ces outils analgésiques n'ont un effet que sur les structures périphériques et non pas sur les structures centrales aussi touchées par la chronicisation de la douleur. Même si l'électrostimulation transcutanée a bel et bien des effets sur la sensibilisation centrale, ceux-ci semblent cependant s'amenuiser avec le temps. (30)

C'est donc cette inefficacité à long terme des outils instrumentaux qui expliquerait pourquoi les MK que nous avons pu interroger ont décidé de se former à un nouvel outil tel que l'hypnose.

VII.1.2.2. Efficacité à court terme de l'hypnose

Cependant, il faut noter que l'action de l'hypnose sur la diminution de la douleur ne semble pas non plus efficace de façon durable. En effet, dans une étude réalisée sur 100 patients en 2011, il apparaît que la diminution de la douleur au cours d'une séance incluant l'utilisation d'une technique hypnotique est en moyenne de 3,3 unités sur l'échelle visuelle analogique de la douleur mais que ce résultat ne perdure pas plus d'une journée pour la moitié des patients participants. (74)

Mise à part cette étude réalisée par un MK lui-même formé à l'hypnose, il semble qu'aucune autre n'ait été réalisée dans le but de déterminer la durée d'action d'une séance d'hypnose. Cependant, au vu des modifications cérébrales provoquées par la pratique d'une technique hypnotique, cela nous amène à penser que la diminution de la douleur ne semble pas persister au-delà de la durée de l'application de la technique hypnotique.

VII.1.2.3. Le rôle de l'autohypnose

Par ailleurs, nous avons pu révéler un nouveau terme dont nous n'avions pas fait référence auparavant et qui semble offrir de meilleurs résultats dans la PEC de la douleur sur le long terme: l'autohypnose. Le fait qu'il ait été mentionné par tous prouve en partie son importance.

Il s'agit en effet d'un outil qui va permettre au patient de devenir autonome dans la gestion de sa douleur. Il peut être défini comme « *un phénomène équivalent de l'hypnose, mais obtenu sans le concours d'autrui* » et consiste en fait à la reproduction des exercices réalisés avec le thérapeute mais de façon autonome. (75)

Même si l'autohypnose ne permet pas une abolition définitive de la douleur, sa pratique a des bénéfices pour un grand nombre de patients atteints de douleurs chroniques telles que celles de la fibromyalgie, la sclérose en plaque, les douleurs dorsales... Elle permet de diminuer leur sensation douloureuse, d'améliorer leur qualité de sommeil, d'obtenir une relaxation musculaire et une augmentation de leur capacité

fonctionnelle. (75) Et facilite l'installation de nouvelles stratégies d'adaptation. (75) Tout cela va renforcer la capacité d'autogestion du patient évoquée dans la définition de l'ETP.

Cependant, dans le cas de la lombalgie chronique tout comme celui du SDRC, il semble que l'efficacité de l'autohypnose dans la gestion de la douleur n'est pas supérieure à celle d'autres techniques psycho-comportementales telles que la relaxation. (67)

VII.1.3. Des changements dans la pratique du MK

La dernière hypothèse supposait que l'application de cette nouvelle technique nécessitait quelques ajustements au niveau des modalités d'exercice du MK.

VII.1.3.1. Un soin plus confortable pour le thérapeute aussi

Il a été prouvé par la SFETD que la douleur provoquée par le soin avait un impact tant sur le patient que sur le thérapeute. (2) En effet, celle-ci peut procurer un sentiment d'échec, de démotivation et/ou d'épuisement chez le thérapeute, en plus d'affecter la relation de confiance instaurée entre les deux et qui est primordiale à une prise en charge de qualité. (2)

Comme nous avons pu le constater au cours des entretiens, les MK se sentent aussi plus confortables lorsqu'ils utilisent des techniques hypnotiques avec leurs patients et ce notamment grâce à la diminution de la provocation de douleurs. Cependant, il semble qu'aucune étude n'ait été réalisée concernant l'impact de la diminution de la douleur induite par le thérapeute exerçant la technique, même si nous pouvons effectivement supposer que l'augmentation du confort des deux côtés offrirait de meilleures conditions de réalisation et donc de meilleurs résultats. (71) Par-dessus tout, aucune étude n'a été réalisée concernant l'amélioration du confort du thérapeute par l'intermédiaire de la pratique de l'hypnose.

VII.1.3.2. Une diminution du risque de burnout

Le burnout, aussi appelé « épuisement professionnel » se définit par « *un ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique dans lesquelles la dimension de l'engagement est prédominante* ». Il entraîne chez le thérapeute un épuisement émotionnel, une déshumanisation de la relation à l'autre et un

sentiment de nonaccomplissement (76), ce qui a des conséquences dans ses prises en charge.

Cependant, une étude menée par Émergences, l'institut de formation en hypnose et communication thérapeutique, conclue que l'état de santé des professionnels entre le début et la fin de la formation à l'hypnose se serait amélioré tant sur le plan de la fatigue que sur le plan de la satisfaction professionnelle. Elle révélerait aussi une diminution du nombre de soignants ayant un risque potentiel de burnout. (77) Mais il faut justement garder à l'idée que cette étude a été réalisée par un institut de formation d'hypnose.

VII.1.3.3. Un certain renouvellement de la pratique

Comme l'affirme la SFETD : « Avec la chronicité peut s'installer la répétition, parfois sclérosante, dans et de nos prises en charge. Nous avons besoin de renouveler la pensée, l'approche, les outils d'évaluations et les outils thérapeutiques » (2)

Ainsi, nous pouvons supposer que grâce à ce nouvel outil qu'est l'hypnose, le thérapeute va pouvoir acquérir une nouvelle approche de son patient et de nouveaux outils adaptés, favorisant ainsi une plus grande liberté dans ses choix de traitement. L'hypnose n'est en effet pas qu'un « outil puissant et utile pour la pratique quotidienne du MK » (4), il s'agit en réalité d'une nouvelle « discipline » ou d'une « méthode d'approche globale » offrant un ensemble de techniques qui vont permettre au thérapeute de s'adapter davantage aux besoins des patients. (4)

VII.1.4. Quelques limites de l'hypnose

Cependant, la pratique de l'hypnose connaît aussi quelques limites et parfois même des risques lorsqu'elle n'est pas correctement appliquée.

VII.1.4.1. Le danger des psychoses

En revanche, l'hypnose peut avoir certains effets secondaires néfastes, notamment lorsque celle-ci est pratiquée avec des patients atteints de troubles psychotiques aigus. En effet, le thérapeute risquerait « d'amplifier les troubles dissociatifs » dus à la pathologie et ainsi d'encourager la « production d'éléments délirants ». (36)

Il en est de même pour les patients souffrant de paranoïa car comme nous l'avons vu précédemment, les a priori qui persistent concernant son « pouvoir de possession » pourrait amener le patient dans un délire de persécution. (36) Le MK doit donc être

capable d'identifier l'éventuelle présence d'une pathologie psychotique afin de réorienter le patient auprès d'un professionnel plus apte à prendre en charge ce type de pathologie.

VII.1.4.2. Un risque de dépendance

De plus, la faible durée d'action de l'hypnose sur la diminution de la douleur que nous avons évoquée précédemment invite le patient à revenir consulter puisque celle-ci ne disparaît pas définitivement.

Si l'on ajoute à cela l'élaboration d'une relation étroite entre le patient et le thérapeute au cours de la prise en charge grâce à l'hypnose, on peut se poser la question d'une éventuelle dépendance du patient au thérapeute. (36) En tout cas en dehors de l'apprentissage de l'autohypnose.

VII.1.4.3. La notion d'hypnotisabilité

Par ailleurs, il semble qu'il y ait une notion « d'hypnotisabilité » à prendre en compte lors de la réalisation de techniques hypnotiques. En effet, il s'avère que celle-ci varie avec l'âge : elle apparaît plus forte entre 7 et 12 ans grâce à l'aspect ludique de la suggestion hypnotique (56) et plus faible chez la personne âgée qui refuse de lâcher prise par crainte de « perdre la raison ». (36)

La présence de traits de personnalité particuliers est aussi évoquée. Comme nous avons pu le constater, la pratique de l'hypnose dépend en grande partie de la relation établie entre le patient et le thérapeute. Ainsi, d'après Léon Chertok, l'hypnotisabilité dépendrait en réalité des « *multiples rapports inter et intrapersonnels mis en œuvre* ». (34) Cette nouvelle notion met en avant l'incertitude de l'obtention de résultats positifs avec l'hypnose.

VII.2. Limites, intérêts et axes d'amélioration de l'étude

Par le caractère qualitatif de cette étude réalisée par entretiens semi-directifs, quelques limites aux résultats obtenus apparaissent.

VII.2.1. Un avis de la part des MK uniquement

Pour commencer, tous les éléments qui concernent l'action de l'hypnose sur la douleur du patient ont été relevés de façon indirecte puisque cela s'est fait auprès des thérapeutes et non pas auprès des patients eux-mêmes. Pour certains mêmes, aucune évaluation n'a été effectuée de façon à déterminer le rôle de l'hypnose dans l'évolution de la douleur. Cette étude ne comporte donc que les résultats observés par les MK.

Il pourrait donc être intéressant, à l'avenir, d'évaluer ces résultats de façon plus quantitative auprès de patients atteints de douleurs chroniques ayant expérimentés la technique. Afin de limiter les biais, il faudrait par ailleurs que les patients participants soient sélectionnés en dehors de l'intervention de leur MK qui risqueraient alors de ne communiquer que les patients pour lesquels l'hypnose a été profitable.

De plus, chacun des MK a choisi d'effectuer cette formation, chacun y trouve donc un intérêt et ne peut forcément qu'en vanter les mérites. Les limites de l'hypnose ont très peu été évoquées par les MK interrogés. Même si certains ont pu reconnaître ses limites quant à sa durée d'action, il semble tout de même y avoir tendance positive dans les entretiens qui ne représente pas forcément la population générale.

VII.2.2. Une généralisation des résultats difficile

Par ailleurs, afin de pouvoir généraliser les résultats obtenus au cours de la réalisation d'entretiens, il est nécessaire d'atteindre une saturation sémantique et théorique, c'est-à-dire que les derniers entretiens réalisés ne doivent plus apporter de nouvelles données et l'échantillon étudié doit être suffisamment diversifié. (52) Le nombre total d'entretiens effectués dans cette étude est uniquement de 6 et le dernier réalisé a permis l'émergence de nouvelles notions encore inexplorées. Il semble donc que les résultats obtenus concernant le degré d'utilité de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur chronique ne sont pas généralisables.

Il pourrait donc être intéressant, dans la continuité de cette étude et dans un but plus quantitatif, de proposer un questionnaire adressé à un plus grand nombre de MK ayant les mêmes critères d'inclusion qui baserait ses questions sur les résultats qualitatifs obtenus grâce à la réalisation de ces entretiens.

VII.2.3. La persistance de quelques contradictions

Pour finir, il faut noter que tous les éléments concernant les effets de l'hypnose sur l'activité cérébrale connaissant encore certaines contradictions. Il apparaît effectivement de façon indéniable que des modifications cérébrales au cours de la pratique de l'hypnose ont lieu mais l'explication de ces phénomènes ne semblent pas toujours bien établie. Il semble donc important de continuer à travailler sur l'approfondissement des connaissances de ces mécanismes si complexes.

VII.3. L'émergence de nouvelles notions

Cependant, il faut souligner que le caractère qualitatif de ce type de méthodologie a permis de faire ressortir d'autres notions que nous n'avions pas évoquées de premier abord telles que l'autohypnose et l'hypnose conversationnelle, et que nous pourrions approfondir à l'avenir, toujours dans l'optique de répondre à la problématique de cette étude.

De plus, après réflexion concernant les hypothèses, nous avons pu révéler 3 autres notions qui pourraient s'avérer être profitables voire indispensables à la prise en charge de la douleur chronique de façon plus générale : la pluridisciplinarité, la prévention et l'existence éventuelle d'une origine sociétale.

VII.3.1. La nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire

Comme le revendique la SFETD : « *Chaque soignant aborde la douleur à partir de ses apprentissages et de ses clés. Aucun soignant n'est donc en capacité d'appréhender seul un phénomène complexe puisque la complexité est une imbrication de dimensions multiples.* » (2)

Ainsi, la douleur chronique étant multifactorielle, il semble légitime que sa prise en charge comprenne une approche de ses différentes composantes. C'est pourquoi la SFETD recommande une prise en charge de la douleur chronique « globale, pluridisciplinaire et pluri professionnelle ». Et ce de façon coordonnée grâce à la réalisation de synthèses ou Réunions de Concertation Pluridisciplinaire. (78)

C'est dans l'optique d'offrir ce type de PEC pluridisciplinaire que plus de 240 structures spécialisées, aussi appelées « Structures Douleur », ont été développées en

réponse aux 3 plans gouvernementaux de lutte contre la douleur qui se sont succédés au cours des vingt dernières années. (2)

Ainsi, il existe aujourd'hui 2 types de Structures Douleur : les Consultations et les Centres. La Consultation d'Évaluation et Traitement de la Douleur est chargée d'assurer l'accueil du patient dans la structure, de réaliser une évaluation bio-psycho-sociale de son syndrome douloureux chronique, de lui proposer un projet thérapeutique personnalisé, de le mettre en application dans une PEC pluri professionnelle coordonnée et d'établir des liens avec son environnement socio-professionnel, associatif et médical. (78) Tandis que le Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur doit assurer les missions de la Consultation en plus de proposer des traitements spécifiques dans des domaines d'expertise, d'organiser une PEC en hospitalisation, d'assurer une communication avec les associations, de promouvoir la recherche clinique et contribuer à l'enseignement universitaire. (78)

Elles ont toutes les deux comme objectif de « *simplifier l'offre de soin en matière de douleur chronique* » (78) et ce grâce à l'intervention d'un grand nombre de professionnels de santé tels que des médecins généralistes, des infirmiers, des psychologues, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des assistants sociaux et d'autres encore. (2)

VII.3.2. L'importance d'une prise en charge précoce de la douleur

Cependant, il s'avère que le délai d'attente pour obtenir une consultation dans ces Structures Douleur est estimé à 13 semaines en moyenne dès lors que le patient ou le professionnel de santé en fait la demande, soit environ 3 mois. (78) Cette demande n'est effectuée en moyenne que 5 ans après l'apparition des premières douleurs. (2)

Par ailleurs, on sait que la douleur devient chronique lorsqu'elle perdure au-delà de 3 mois. (12) Et, comme le revendique la SFETD dans son Livre Blanc des Structures Douleur de 2015 : « *la prévention des douleurs induites et la détection précoce du mécanisme de la douleur permettent d'éviter une chronicisation* ». (78)

De plus, lorsque les patients sont atteints d'une douleur qui perdure et pour laquelle ils ne trouvent pas de solution, ils multiplient les consultations et les examens complémentaires, ce qui a pour tendance d'aggraver la situation de par son effet anxiogène et favorise alors la chronicisation. (79)

C'est pourquoi des Réseaux Douleur se sont constitués peu à peu au cours de ces dernières années : des réseaux « ville-hôpital » et « inter-hospitalier ». (2) Les premiers permettent la coordination des soins en ambulatoire, offrant aux patients un « *parcours de soin plus efficient, des thérapeutiques non médicamenteuses et une information adaptée* » et permettent aux professionnels de santé de bénéficier de formations interdisciplinaires. Les seconds, inter-hospitaliers, répondent aux besoins des patients et des professionnels de santé grâce à « *la formation, l'information et la communication sur la thématique de la douleur* ». (2)

Leur existence permet ainsi de favoriser l'accessibilité et l'égalité d'accès aux soins efficients pour les patients souffrant de douleur chroniques.

En parallèle, en 2013, un quatrième programme gouvernemental aurait dû être mis en place afin de « *renforcer la prévention et la prise en charge de la douleur* », dans le but donc de limiter les effets de chronicisation de la douleur mais aussi afin de garantir la prise en charge de la douleur à domicile ou en structure médico-sociale, et ce « *en mobilisant les acteurs de premier recours* ». Mais celui-ci n'a jamais été mis en œuvre. (2) Lors de la Conférence Nationale de Santé du 17 septembre 2013 sur le projet de programme national douleur (20132017), il avait été mentionné quelques réserves à son égard, notamment concernant « *les objectifs généraux non clairement définis résultant de l'identification de priorités* » et l'absence d'un « *fil directeur pouvant permettre l'appropriation du programme par l'ensemble des acteurs concernés* ». (80)

Pour finir, il semble que 7% des consultations au sein de ces structures sont « injustifiées », c'est-à-dire que les patients ont déjà un traitement adapté ou que leur PEC ne relève pas d'une PEC spécialisée. Ce pourcentage risque d'augmenter car la prévalence de la douleur chronique dans la population augmente. (81) C'est pourquoi il est indispensable pour tout professionnel de santé de savoir réaliser une évaluation de la douleur chronique afin de pouvoir correctement orienter les patients dès la première consultation.

VII.3.3. La douleur, une cause sociétale ?

Par ailleurs, nous pouvons nous demander quelles sont les raisons qui poussent les patients à consulter dans une structure spécialisée lorsqu'ils n'y sont pas orientés.

Depuis la loi de santé publique du 4 mars 2002 relative au droit des malades, « *le soulagement de la douleur est devenu un droit fondamental du patient* ». (78) Ce droit place alors l'organisme dans une posture de « réparable à l'infini », il laisse sous-

entendre que tout dommage corporel peut et doit être réparé grâce au progrès continu de la médecine. (82) Ainsi, comme le confie Nafissa Boukerche-Delmotte dans son livre « Clinique et Politique de la douleur », cela a permis d'améliorer la condition de vie des patients mais il a en même temps transformé leur demande. (10)

En effet, les Structures Douleur ont été mises en place afin d'améliorer la prise en charge des personnes souffrant de douleurs chroniques, mais elles ont aussi favorisé la recrudescence de la plainte douloureuse car « *le droit de ne plus avoir mal progresse vers un droit à la consommation* ». (10)

Et ce « droit à la consommation » se traduit chez les patients par la multiplication des examens complémentaires et des consultations en Structures Douleur dans le but de trouver une preuve organique à leur douleur. (83) En effet, le contexte actuel rend difficile l'acceptation de la présence de facteurs psychosociaux et pourtant le patient a besoin de prouver la légitimité de l'expression de sa douleur auprès de la société, du système médical et de sa famille. Notamment afin de légitimer le retrait temporaire de ses obligations personnelles, professionnelles et sociales et de percevoir le versement de ses indemnités et des prestations d'assurance. (83)

C'est ce qu'on appelle le « comportement maladie » ou le « comportement douloureux » qui va d'ailleurs être renforcé par le versement de ces mêmes indemnités qui vont alors être perçues comme une « *tentative de réparation d'un dommage subi* ». (83) Cet aspect « irréparable/incontrôlable » va renforcer l'aspect chronique de la douleur. Ainsi, le patient entre dans un cercle vicieux qui nécessite de se plaindre pour être reconnu légitime à bénéficier d'aides qui vont renforcer sa situation chronique actuelle.

VII.4. Projections

Pour répondre à ces deux nécessités que sont la prise en charge pluridisciplinaire et précoce de la douleur et afin de minimiser l'impact de la société sur la douleur chronique, nous pourrions réfléchir à deux solutions principales : l'approfondissement des connaissances de la douleur chronique dès la formation initiale et le développement de la prise en charge pluridisciplinaire en milieu libéral.

VII.4.1. Une formation initiale plus approfondie sur la douleur chronique

D'après une enquête réalisée auprès des IFMK de France après la réforme de 2015, il semble que le temps de formation dédié à la douleur est encore insuffisant en comparaison à celui qui y est consacré à l'étranger. (84) Il apparaît également que les différences entre douleur aiguë et douleur chronique ne sont que très peu abordées et que dans certains IFMK, le modèle biopsychosocial ainsi que les outils validés pour évaluer la douleur chronique et ses conséquences fonctionnelles n'y sont pas toujours enseignés. (84)

Ce manque de connaissances pourrait effectivement expliquer le sentiment de détresse de certains professionnels face à des situations de prise en charge de douleur chronique. Afin d'y palier, nous pourrions proposer un approfondissement de ces connaissances dès la formation initiale. Comme nous l'avons déjà dit, « *la douleur est le principal motif de consultation en kinésithérapie* ». (2) Nous devrions donc, en tant que MK, être capable d'y répondre.

Par ailleurs, comme nous avons pu le relever, la prise en charge de la douleur chronique, plus que n'importe quelle autre prise en charge, nécessite l'élaboration d'une alliance thérapeutique avec le patient. C'est en effet la cinquième compétence du référentiel du MK : « *établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie* » (3). Puisqu'à travers sa formation, l'hypnose permet d'améliorer cette compétence ainsi que la capacité à prendre en charge la douleur chronique, celle-ci devrait peut-être davantage être mise en avant dans les IFMK.

VII.4.2. Favoriser la prise en charge pluridisciplinaire en milieu libéral

Pour rester dans ce référentiel, nous pouvons citer la sixième activité du MK qui consiste en « *l'organisation et la coopération avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne soignée* ». (3) Celle-ci explicite clairement le rôle du MK dans l'élaboration d'une prise en charge pluridisciplinaire, notion qui a été évoquée lors des entretiens uniquement par les MK qui travaillent en structure, ce qui traduit une certaine inexistence dans le milieu libéral.

Il semble que celle-ci soit clairement établie dans les Centres de Traitement de la Douleur (29) mais elle peut tout de même rester difficile à mettre en place au sein des

cabinets libéraux, de par le manque de communication et/ou de lien avec les autres professionnels de santé. Même s'il existe aujourd'hui le dossier médical partagé, permettant à tout professionnel de santé d'accéder à toutes les informations concernant le patient avec son accord (85) et donc d'avoir une vision plus globale du patient, il persiste un manque de communication directe entre ceux-ci.

C'est pourquoi lors de l'évaluation du troisième plan quinquennal de lutte contre la douleur (2006-2010), il avait été émis six recommandations à suivre pour l'élaboration d'un futur programme d'actions douleur dont la première prônait « *la poursuite de la structuration de l'offre de soins, notamment en milieu extrahospitalier* ». (2) Il pourrait donc être intéressant, une fois encore, de reconsidérer la question de la mise en place d'un quatrième Plan Douleur avec de nouveaux objectifs clairement définis et un approfondissement du programme permettant à l'ensemble des acteurs concernés de se l'approprier.

De plus, nous pouvons supposer que ce type de prise en charge en libéral pourrait désengorger les Structures Douleur qui commencent à être submergées. (78)

VII.4.3. Une réponse à l'origine sociétale de la douleur chronique

Pour proposer une solution aux conséquences de la société sur la douleur chronique, il faudrait dans un premier temps que l'acceptation de facteurs psychosociaux comme étant l'une de ses origines soit facilitée. Il semble pour cela que les deux propositions précédentes qui sont l'approfondissement des connaissances de la douleur chronique lors de la formation initiale des professionnels de santé et l'orientation vers une prise en charge pluridisciplinaire pourraient y répondre.

En effet, si une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur est proposée précocement aux patients venant consultés, cela leur permettrait de se rendre compte de façon assez indiscutable et prématurée que la douleur comprend plusieurs composantes et donc que son origine dépend de nombreux facteurs, dont des facteurs psycho-sociaux. Leur acceptation serait alors facilitée et la recherche désespérée d'une preuve organique pourrait alors cesser.

De plus, si les professionnels de santé sont mieux formés quant à la compréhension des phénomènes de la douleur chronique grâce à une formation initiale plus poussée, ils seraient aussi capables de mieux l'expliquer à leurs patients. En

l'occurrence, ce partage de connaissances pourrait se faire par la mise en œuvre d'une ETP systématique. Elle permettrait de faire comprendre aux patients qu'il ne sert à rien de chercher sans cesse de faire disparaître sa douleur mais qu'il faut apprendre à « *vivre avec* ». (73)

VIII. Conclusion

La réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de MK utilisant l'hypnose lors de PEC de douleurs chroniques a permis de répondre partiellement à la problématique de l'étude qui était de savoir si « **l'hypnose peut être profitable à la prise en charge de la douleur chronique en masso-kinésithérapie** ». En effet, l'aspect qualitatif de cette méthodologie qui consiste à poser des questions sans en influencer la réponse, a révélé de nouvelles notions qui ont participées à l'affirmation des hypothèses émises.

Ainsi, après analyse des entretiens, nous avons pu confirmer dans un premier temps que l'hypnose améliore la PEC de la douleur chronique grâce à une augmentation du confort du patient et l'acquisition d'une autonomisation. Deuxièmement, l'autohypnose permet une diminution de la douleur sur le long terme. Et pour finir, l'hypnose modifie les conditions d'exercice du MK : elle améliore aussi son niveau de confort, elle diminue le risque de burnout et offre un nouveau panel d'outils thérapeutiques.

De plus, au fil des recherches et de la réflexion, de nouvelles notions ont émergées, ce qui a permis d'approfondir la question de la PEC de la douleur chronique de façon plus générale. Nous avons ainsi pu mettre en avant d'une part, l'idée d'une éventuelle origine sociétale de la douleur chronique et d'autre part, l'importance d'une PEC pluridisciplinaire et précoce.

Afin de faciliter la mise en place de ces deux principes, nous avons pu commencer à établir quelques propositions. Ainsi, pour favoriser la PEC pluridisciplinaire, il faudrait développer des réseaux permettant un meilleur échange entre professionnels de santé, notamment dans le milieu libéral. Pour favoriser la précocité de la PEC, il faudrait davantage former les MK à la compréhension de la douleur chronique et à de nouveaux outils efficaces, chose que nous retrouvons dans la formation à l'hypnose. Il semble que l'application de ces principes permettrait ainsi de diminuer l'impact de la société dans la chronicisation de la douleur.

Cependant, cette étude possède aussi quelques limites, concernant aussi bien sa capacité à généraliser les résultats obtenus – à cause d'un trop faible nombre d'entretiens réalisés - que les limites propres de l'hypnose. En effet, il s'avère qu'elle est contre-indiquée en cas de psychose au risque d'aggraver la situation, elle peut induire

un phénomène de dépendance et son utilité dépend du degré d'hypnotisabilité des patients, qui est en réalité lié en grande partie à la relation établie entre le patient et le thérapeute au cours de la PEC.

Il pourrait donc être intéressant, à l'avenir, d'approfondir le rôle de l'hypnose dans l'élaboration d'une alliance thérapeutique et l'implication de celle-ci dans une PEC de patients douloureux chroniques.

« L'hypnose est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne », Milton H. Erickson.

Bibliographie

1. Picard P, Jusseaume C, Boutet M, Dualé C, Mulliez A, Aublet-Cuvellier B. Hypnosis for management of fibromyalgia. *Int J Clin Exp Hypn*. 2013;61(1):111-23.
2. livre_blanc-2017-10-24.pdf [Internet]. [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: http://www.sfetddouleur.org/sites/default/files/u3349/Livres/livre_blanc-2017-10-24.pdf
3. Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseurkinésithérapeute. 2015-1110 sept 2, 2015.
4. Wehbe J, Safar Y. Hypnose et kinésithérapie. *Kinésithérapie, la Revue*. juin 2015;15(162):20-30.
5. Thompson T, Terhune DB, Oram C, Sharangparni J, Rouf R, Solmi M, et al. The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. avr 2019;99:298-310.
6. Ayoub E, Naccache N, Yamout R, Zeid HA, Antakly M-C. HISTOIRE DE LA DOULEUR • DE L'ANTIQUITÉ GRECQUE AU XXI^e SIÈCLE. :6.
7. Acapo S, Seyrès P, Savignat E. Définition et évaluation de la douleur. *Kinésithérapie, la Revue*. juin 2017;17(186):44-55.
8. Rey R. Histoire de la douleur. *La Découverte*. 2011. 420 p. (Poche/Sciences humaines et sociales).
9. Atallah F, Guillerrou Y. L'homme et sa douleur : dimension anthropologique et sociale. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. juill 2004;23(7):722-9.
10. Boukerche-Delmotte N. Clinique et politique de la douleur. Paris: L'Harmattan; 2019.
11. IASP Terminology - IASP [Internet]. [cité 12 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.iasppain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
12. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndromedouloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient
13. Queaneau, Ostermann P G. Le médecin, le malade et la douleur. Issy-Les-Moulineaux: Masson; 2004.
14. IASP Terminology - IASP [Internet]. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.iasppain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Peripheralsensitization>
15. Osinski T, Lallemand A, Russo T. Modulation et dérèglements neurophysiologiques des voies de la douleur. *Kinésithérapie, la Revue*. juin 2017;17(186):16-32.

16. Bera-Louville A. Concept de neuroplasticité : application à la douleur chronique. Revue du Rhumatisme. avr 2003;70(4):327-30.
17. IASP Terminology - IASP [Internet]. [cité 13 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.iasppain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Centralsensitization>
18. Pohl M. Sensibilisation nociceptive centrale : systèmes de signalisation cellulaire et moléculaire. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. avr 2014;15(2):44-51.
19. Apkarian VA, Hashmi JA, Baliki MN. Pain and the brain: Specificity and plasticity of the brain in clinical chronic pain: Pain. mars 2011;152(Supplement):S49-64.
20. Risch N, Pointeau F, Poquet N. Nociception. Kinésithérapie, la Revue. juin 2017;17(186):5-15.
21. Bars DL, Willer J-C. Plasticité de la douleur : rôle des contrôles inhibiteurs diffus. [//www.empremium.com/data/traites/ne/17-39085/](http://www.empremium.com/data/traites/ne/17-39085/) [Internet]. 7 janv 2008 [cité 20 oct 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.scd-proxy.univbrest.fr/article/68664/resultatrecherche/140>
22. Ruscheweyh R, Deppe M, Lohmann H, Stehling C, Flöel A, Ringelstein BE, et al. Pain is associated with regional grey matter reduction in the general population: Pain. avr 2011;152(4):904-11.
23. May A. Chronic pain may change the structure of the brain: Pain. juin 2008;137(1):7-15.
24. Tracey I, Bushnell MC. How Neuroimaging Studies Have Challenged Us to Rethink: Is Chronic Pain a Disease? The Journal of Pain. nov 2009;10(11):1113-20.
25. Rousseau L, Bacelon M. Facteurs psychosociaux, douleur et kinésithérapie. Kinésithérapie, la Revue. juin 2017;17(186):33-43.
26. Fontaine E, Maindet-Dominici C, Guinot M, Serra E. En quoi, l'approche cognitive, comportementale et émotionnelle peut-elle aider à comprendre et traiter la fibromyalgie ? Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement. févr 2018;19(1):17-24.
27. Conradi S, Masselin-Dubois A. La kinésiophobie et le modèle d'évitement de la peur de la douleur dans l'évaluation psychologique. Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement. sept 2019;20(4):151-7.
28. Maître J-H, Crouan A. Approches thérapeutiques de la douleur en kinésithérapie. Kinésithérapie, la Revue. juin 2017;17(186):56-70.
29. Jadaud A, Nizard J, Danglot CI, Fourneau M, Lajat Y. Place du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge pluridisciplinaire des douloureux chroniques en Centre de Traitement de la Douleur. Doul et Analg. sept 2003;16(3):145-9.
30. Coutaux A. Traitements physiques de la douleur (TENS et acupuncture). Revue du Rhumatisme Monographies. févr 2017;84(1):81-5.

31. Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-dupatient-etp
32. Guillemet G, Guy-Coichard C. Principes de prise en charge d'une douleur chronique. 2020;12.
33. Jousselin C. Nouvelle hypnose: Initiation et pratique. Desclée De Brouwer. Paris; 2017. 250 p.
34. Chertok L. L'Hypnose. Payot. Paris; 2019. 369 p.
35. Moreni A, Barber A. Origines et histoire de l'hypnose. Kinésithérapie, la Revue. juin 2015;15(162):14-9.
36. Michaux, Halfon, Wood D Yves, Chantal. Manuel d'hypnose pour les professions de santé. Maloine. Paris; 2007. 302 p.
37. What is hypnosis? [Internet]. [cité 10 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ishypnosis.org/what-is-hypnosis/>
38. Bioy A. L'hypnose [Internet]. Presses universitaires de France; 2017 [cité 22 nov 2019]. 128 p.
(Que sais-je ?). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-hypnose--9782130786122.htm>
39. Bachelart M, Bioy A, Crocq L. L'hypnose ericksonienne et sa pratique dans le trauma psychique. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. nov 2013;171(9):667-70.
40. L'Hypnose [Internet]. Institut Français d'Hypnose Humaniste & Hypnose Ericksonienne (IFHE). [cité 23 nov 2019]. Disponible sur: <http://hypnose-ericksonienne.com/fr/sinformer/lhypnose/>
41. Qu'est-ce-que l'hypnose médicale ? [Internet]. AFEHM. [cité 22 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.hypnose-medicale.com/quest-ce-que-lhypnose-medicale/>
42. Rainville P. Neurophénoménologie des états et des contenus de conscience dans l'hypnose et l'analgésie hypnotique. Théologiques. 2004;12(1-2):15.
43. Collot E. Hypnose et hypnothérapie. EMC - Psychiatrie. janv 2004;1(1):1-13.
44. Trujillo-Rodríguez D, Faymonville M-E, Vanhauzenhuyse A, Demertzi A. Hypnosis for cingulate-mediated analgesia and disease treatment. In: Handbook of Clinical Neurology [Internet]. Elsevier; 2019 [cité 19 mars 2020]. p. 327-39. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780444641960000182>
45. Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. Cerebral Mechanisms of Hypnotic Induction and Suggestion. Journal of Cognitive Neuroscience. janv 1999;11(1):110-25.

46. Kupers R, Faymonville M-E, Laureys S. The cognitive modulation of pain: hypnosis- and placebo-induced analgesia. In: Progress in Brain Research [Internet]. Elsevier; 2005 [cité 19 mars 2020]. p. 251-600. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0079612305500190>
47. Sci-Hub | Effets du taping McConnell et du Kinesio-Taping sur la douleur chez les patients souffrant d'un syndrome fémoro-patellaire : revue systématique de la littérature. Kinésithérapie, La Revue, 16(178), 5–17 | 10.1016/j.kine.2016.05.017 [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://sci-hub.tw/10.1016/j.kine.2016.05.017>
48. Crépon F, Darlas Y. Électrothérapie. Ondes mécaniques, ondes électromagnétiques et « biofeedback ». EMC - Kinésithérapie - Médecine physique - Réadaptation. janv 2008;4(2):1-14.
49. Perreault D. Institut-upsa-ouvrage-les-douleurs-lombaires. [cité 6 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.academia.edu/19760290/Institut-upsa-ouvrage-les-douleurs-lombaires>
50. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers. 2010;N° 102(3):23-34.
51. Romy S. Les méthodes de l'entretien en sciences sociales. Paris: Dunod; 2013. 156 p. (Psycho Sup).
52. Romelaer P. Chapitre 4. L'entretien de recherche. Methodes Recherches. 2005;101-37.
53. Formation Amik à la Méthode Mézières pour kinésithérapeutes en France [Internet]. Méthode Mézières. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.methode-mezieres.fr/formationmezieres/en-france/>
54. Mauduit L, Ferring V. La confiance dans la relation patient–thérapeute. Kinésithérapie, la Revue. déc 2016;16(180):60-4.
55. Bovin E, Gignon M, Mille C, Boudailliez B. La non-observance thérapeutique face à une maladie au long cours à l'adolescence : conduites à risques... risques des conduites... de l'adolescent, des parents, du pédiatre.... Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. sept 2016;64(5):302-7.
56. Ansel B, Mareau C. Hypnose en rééducation pédiatrique. De la suggestion hypnotique à l'hypnose conventionnelle. Kinésithérapie, la Revue. juin 2015;15(162):31-9.
57. Plantet F. Comment j'utilise l'hypnose au cours de l'anesthésie locorégionale ? Le Praticien en Anesthésie Réanimation. avr 2018;22(2):101-4.
58. Bernard F, Rieul G, Fusco N, Hugot P, Guillou N, Musellec H. Hypnose et anesthésie locorégionale. Le Praticien en Anesthésie Réanimation. avr 2019;23(2):77-81.
59. Baste N. 26. La respiration en relaxation. Aide-Memoire. 2016;223-9.
60. André N, Yvart F-X. Changement de la variabilité de la fréquence cardiaque en réponse à un traitement par la respiration profonde chez des patients cardiaques avec troubles

- anxieux : un protocole exploratoire à cas unique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. nov 2015;25(4):168-76.
61. GROSS L. Réification en thérapie: une douleur palpable. Dr Claude VIROT [Internet]. *Hypnose Ericksonienne, thérapie brève, EMDR à Paris, Marseille dans le reste du Monde*. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: https://www.hypnose-therapie-breve.org/Reification-en-therapie-unedouleur-palpable-Dr-Claude-VIROT_a115.html
 62. Vervaeke C. Douleur et hypnose en kinésithérapie. *Kinésithérapie, la Revue*. nov 2009;9(95):35-7.
 63. Bioy A. *Hypnothérapie et hypnose médicale*. Dunod; 2014. 384 p. (Aide-mémoire).
 64. Barber A, Moreni A. Place de l'hypnose dans le traitement des syndromes douloureux régionaux complexes. *Kinésithérapie, la Revue*. juin 2015;15(162):45-9.
 65. Cormier S. L'apport des attentes du patient à la gestion de la douleur chronique. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*. déc 2017;18(6):274-81.
 66. Richter M, Eck J, Straube T, Miltner WHR, Weiss T. Do words hurt? Brain activation during the processing of pain-related words: *Pain*. févr 2010;148(2):198-205.
 67. Cercleron F. Hypnose, douleurs et kinésithérapie : données de la littérature et réflexions. *Kinésithérapie, la Revue*. juin 2015;15(162):50-6.
 68. Pellegrini M. L'hypnose éricksonienne dans la prise en charge de la douleur chronique. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. avr 2008;9(2):65-70.
 69. Srour F, Barette G, Loubiere M. Rééducation de l'épaule douloureuse non opérée, non instable. 2020;22.
 70. Bridon F, Bertin A, Déat P. Principes de la kinésithérapie passive. [//www.empremium.com/data/traites/ki/26-48298/](http://www.empremium.com/data/traites/ki/26-48298/) [Internet]. 6 déc 2014 [cité 5 mai 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.scd-proxy.univbrest.fr/article/943523/resultatrecherche/2>
 71. Coutaux A, Collin E. Douleurs induites par les soins: épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs. *Douleur analg*. sept 2008;21(3):126-38.
 72. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-educationtherapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques
 73. Bouric G, Beaumont M, Delplanque D. Éducation thérapeutique et kinésithérapie. 2020;11.
 74. Le corps, le cerveau et le kinésithérapeute [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.campus-hypnoses.com/ressources-pro/publications/corps-cerveaukinesitherapeute>

75. Mubiri M-A, Richard M, Bioy A. Place de l'autohypnose dans la prise en charge de la douleur. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. juin 2015;16(3):116-23.
76. Epuisement professionnel ou burnout. Epuisement professionnel ou burnout - Risques - INRS [Internet]. [cité 25 avr 2020]. Disponible sur:
<http://www.inrs.fr/risques/epuisementburnout/ce-qu-il-faut-retenir.html>
77. Les professionnels de santé en bonne santé [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur:
<https://www.campus-hypnoses.com/connaitre-l-hypnose/publications/les-professionnels-desante-en-bonne-sante>
78. Créac'h C. LIVRE BLANC - STRUCTURES DOULEUR EN FRANCE - SFETD. :60.
79. Plaghki L, Mouraux A, Bars DL. Physiologie de la douleur. [//www.empremium.com/data/traites/ki/26-65783/](http://www.empremium.com/data/traites/ki/26-65783/) [Internet]. 31 août 2017 [cité 20 oct 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.scd-proxy.univbrest.fr/article/1138282/resultatrecherche/156>
80. avis_proj_prog_douleur_1709_env_av_260913_rel_jol.pdf [Internet]. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_proj_prog_douleur_1709_env_av_260913_rel_jol.pdf
81. Douleur chronique: les aspects organisationnels [Internet]. [cité 22 avr 2020]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/synthese_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf
82. Berquin, Grisart A Jacques. Les défis de la douleur chronique. Bruxelles (Belgique): Mardaga; 2016.
83. Allaz A-F. Le messenger boiteux: approche pratique des douleurs chroniques. Paris: Médecine et Hygiène; 2003.
84. Osinski T, Barde-Cabusson Y. Enseignement de la douleur en formation initiale de massokinésithérapie en France : enquête auprès des IFMK. Kinésithérapie, la Revue. juin 2018;18(198):3-7.
85. DMP : Découvrir le DMP [Internet]. [cité 25 avr 2020]. Disponible sur:
<https://www.dmp.fr/patient/je-decouvre#Le-DMP-qu-est-ce-que-c-est>

Sommaire des annexes

ANNEXE I: Guide d'entretien.....	I
ANNEXE II : Retranscription de l'entretien de Juliette.....	III

ANNEXE I : Guide d'entretien

Entretien n° :	Date :
Durée :	Lieu :

Introduction :

Je suis étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie à Brest. Au cours de cette dernière année de formation, nous devons réaliser un mémoire d'initiation à la recherche en masso-kinésithérapie. Pour cela, j'ai choisi de traiter du sujet de l'utilisation de l'hypnose par les kinésithérapeutes au cours des prises en charge de patients atteints de douleurs chroniques. J'ai pu au cours de mes recherches relever l'intérêt que cet outil thérapeutique pouvait avoir chez ces patients. C'est pourquoi, je souhaiterais aujourd'hui faire un état des lieux de son utilisation auprès de kinésithérapeutes salariés et libéraux formés à l'hypnose à travers la réalisation d'entretiens semi-directifs, d'une durée de 30 à 45 minutes environ. Le but de ces entretiens sera de déterminer les modalités d'utilisation de cet outil thérapeutique ainsi que les éléments qu'il peut apporter aussi bien aux praticiens qu'aux patients. Pour cela, j'aurai besoin que vous répondiez le plus spontanément possible aux questions, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ce qui m'intéresse c'est votre expérience et votre opinion.

Par ailleurs, afin de faciliter le recueil des données et leur transcription, je souhaiterais pouvoir enregistrer cette discussion si cela vous convient ? Je tiens à préciser que cette transcription restera anonyme et que l'enregistrement ne sera pas diffusé, il sera effacé après traitement des données.

Avez-vous des questions avant de commencer l'entretien ? N'hésitez pas à me demander de répéter ou de reformuler mes questions si besoin au cours de notre discussion.

Thème 1 : Décrivez moi votre parcours professionnel.	
- Où avez-vous réalisé vos études de kinésithérapie ?	
- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?	
Thème 2 : Comment en êtes-vous arrivé à vous former à l'hypnose ?	
- Comment avez-vous découvert l'hypnose thérapeutique ?	
- Quelles sont les raisons qui vous ont poussées à vous former à l'hypnose ?	
- Depuis combien de temps êtes-vous formé à l'hypnose ?	
- À partir de combien de temps diriez-vous que vous êtes-vous senti à l'aise dans la pratique de l'hypnose auprès de vos patients ?	
Thème 3 : Qu'est-ce que la pratique de l'hypnose vous apporte-t-elle en tant que kinésithérapeute ?	
- Comment qualifieriez-vous l'hypnose dans votre pratique professionnelle en 3 mots ?	
- Sur une échelle de 0 à 10, à quel point estimez-vous l'intérêt de l'hypnose dans vos prises en charge ?	
- La pratique de l'hypnose a-t-elle modifiée votre patientèle ?	
- La pratique de l'hypnose nécessite-t-elle des modifications dans votre planning, votre organisation ?	
Thème 4 : Comment utilisez-vous l'hypnose dans votre pratique professionnelle ?	
- Avec quel type de patients douloureux chroniques utilisez-vous l'hypnose ?	
- Qu'est-ce qui vous amène à utiliser l'hypnose avec un patient douloureux chronique plutôt qu'un autre ?	
- Comment l'introduisez-vous à vos patients ?	
- Quelles techniques utilisez-vous majoritairement ?	
- À quelle fréquence estimez-vous utiliser l'hypnose dans votre pratique professionnelle ?	
Thème 5 : Quels sont les résultats que vous avez pu recueillir auprès de vos patients concernant la pratique de l'hypnose ?	
- Vous ont-ils déjà fait part d'une diminution de leurs douleurs chroniques ?	
- Vous ont-ils rapporté des bienfaits sur la qualité de leur vie quotidienne ?	
- Ont-ils pu vous faire part d'amélioration sur le plan psychologique ?	

Nous sommes arrivés au terme de l'entretien. Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé, ce que vous m'avez dit va beaucoup m'aider.

ANNEXE II: Retranscription de l'entretien de Juliette

Elodie : Alors pour commencer, est-ce que vous pouvez me parler un peu de votre parcours professionnel ?

Juliette : Alors j'ai fait mes études en thérapie et réadaptation à l'université catholique de Louvain en Belgique, où j'ai été initiée à l'hypnose on va dire dans les services de grands brûlés. J'ai fait un DES en kiné du sport et thérapie manuelle derrière, où j'ai à nouveau été intéressée par l'hypnose parce qu'ils utilisaient cet outil-là pour faire de la visualisation mentale de mouvement à l'INSEP. Voilà pour le début. Puis je me suis formée en 2003-2004, à Émergences à Rennes. Une formation qui était normalement essentiellement destinée aux psychologues et aux médecins de médecine générale, qui était généraliste et qui durait 2 ans : c'était « hypnose et thérapie brève ». C'était quelque chose orienté vers la kiné, et qui parlait beaucoup justement de la douleur chronique, et des difficultés qu'on avait à remettre en mouvement des patients douloureux chroniques.

Elodie : D'accord, et du coup, là c'était plus les médecins que les kinés ?

Juliette : Sur les 25 on était 3 kinés. Autrement c'est essentiellement, des médecins, médecins spécialistes et psychologues.

Elodie : Ah oui d'accord. Et comment vous avez eu vent de cette formation ?

Juliette : Depuis... ça me tournait en tête depuis que j'avais fait le stage chez les grands brûlés, où j'avais vu les techniques de lambeau de peau qu'on remettait sur eux, et c'était...

Enfin, brosser quelqu'un qui est brûlé pour retirer toutes les peaux brûlées, c'est quelque chose de très algique. Et là ils étaient dans des bains, ils étaient mobilisés et ils avaient l'air bien.

Elodie : D'accord.

Juliette : Ça m'avait quand même énormément interrogé sur l'effet antalgique de l'hypnose. Alors comment ? Un peu le hasard, si le hasard existe. Parce que j'avais un appartement juste à côté de là où se trouvait la formation. J'ai fait une pierre 2 coups.

Elodie : Ah oui d'accord. Et du coup vous m'avez-dit depuis combien de temps vous êtes diplômée ?

Juliette : Je suis diplômée de kiné en 98, l'autre siècle. De kiné du sport et thérapie manuelle : 99. Et donc je me suis formée en 2003-2004 à l'hypnose.

Elodie : D'accord. Et vos formations comment se déroulaient-elles ?

Juliette : Beaucoup d'exercices pour faire des mises en situation, pour pouvoir réutiliser tout ce qu'on avait vu en théorie. L'hypnose et thérapie brève, ce qui va être intéressant, parce qu'il n'y a pas que la technique de l'hypnose qui va être intéressante, c'est aussi d'articuler ça dans le contexte global de vie du patient.

Elodie : Ah oui. Et ces formations du coup sur combien de temps elles se font, comment ça s'organise ?

Juliette : Il me semble que c'était... 24 jours étalés sur 2 ans. C'était grosso modo un jeudi/vendredi par mois.

Elodie : Ah oui d'accord. Et après ces formations vous vous êtes senti directement à l'aise avec les techniques que vous aviez apprises ?

Juliette : Pour pouvoir dire vrai, entre les techniques que j'avais apprises qui étaient plutôt des techniques utilisées par les psychologues et les psychiatres parce que le formateur principal était psychiatre et travaillait beaucoup dans le champ des douleurs chroniques. Donc j'ai bidouillé beaucoup avec ces outils là et je n'arrivais pas bien au départ à insérer ça dans ma pratique de kiné. Ça m'a mis quand même 5-6 ans pour adapter à la kiné.

Elodie : D'accord ah oui. Et comment vous expliqueriez cela ?

Juliette : Parce qu'il travaillait, à l'époque en tout cas, de façon assez statique, c'est-à-dire en face à face, en mirroring, alors qu'en kiné on est rarement en face à face avec le patient. Soit le patient est allongé sur la table, ou assis sur la table. Donc voilà il a fallu aussi adapter tous les exercices et pouvoir s'autoriser aussi à travailler un peu différemment, c'est-à-dire quand le patient est assis, quand le patient est debout. Enfin voilà, il y a plein d'utilisations d'hypnose après que j'ai expérimenté après avec mes patients.

Elodie : D'accord ok. Donc au bout de 5-6 ans vous vous êtes sentie vraiment à l'aise avec toutes les techniques ?

Juliette : J'ai continué de toute façon à me former... Le week-end dernier encore, j'étais sur une autre formation. Je n'ai presque pas arrêté de me former, je vais au minimum à des congrès et des formations continues tout le temps. Au moins 2-3 fois par an.

Elodie : Et ce depuis la première année de la première formation ?

Juliette : Oui.

Elodie : D'accord. Pourquoi ?

Juliette : Pour acquérir de nouveaux outils.

Elodie : Vous sentiez le besoin de... ? Enfin les formations ne vous apportaient pas assez peut-être ?

Juliette : Si si ! L'outil de base est tout à fait conséquent. Après, quand on a l'esprit un peu tordu on se pose plein de questions, on se dit « bah tient comment est-ce que je pourrais faire ça de façon plus efficace ? » ou avec tel type de patients qui sont vraiment des douloureux chroniques qui parfois nous mettent en échec « pourquoi est-ce que je n'ai pas réussi ? ». Donc en échangeant avec d'autres professionnels de santé, on peut enrichir un petit peu son panel de façons de faire et puis... On test, on test des choses, on voit ce qui fonctionne super bien, on voit ce qui fonctionne un peu moins bien...

Elodie : Ah oui d'accord. Et du coup depuis que vous pratiquez l'hypnose avec vos patients, qu'est-ce que ça vous a apporté vous en tant que professionnel ?

Juliette : Une efficacité, essentiellement. C'est-à-dire qu'on pose un objectif, et on atteint un objectif dans 90% des cas.

Elodie : D'accord.

Juliette : Ce qui n'était pas vraiment le cas en kiné, où la pose d'objectif n'était pas forcément évidente. Moi j'avais des objectifs en tant que thérapeute mais du coup ce n'était pas forcément l'objectif qu'il souhaitait.

Elodie : Et donc vous trouvez que l'hypnose a permis de se mettre plus en accord sur la détermination des objectifs du patient?

Juliette : Oui, on apprend aussi à poser des objectifs et à les négocier avec le patient.

Elodie : D'accord. Vous m'avez dit « efficacité » du coup, je vais vous demander 2 autres mots pour qualifier l'hypnose dans votre pratique professionnelle aujourd'hui ?

Juliette : Alors, efficacité, rapidité, sur par exemple des algoneurodystrophies qu'on traîne généralement 18 mois, je crois que je dépasse rarement plus de 6 mois de rééducation.

Elodie : Ah oui !

Juliette : Donc rapidité, efficacité... Qu'est-ce que je dirais d'autre ? Un côté plus pratique, mais ça ce n'est pas très entendable... Qu'est-ce que je verrais bien ? Je dirai fluidité mais dans le sens où c'est fluide, ça devient fluide au niveau des techniques pour le kiné et pour le patient.

Elodie : Comment ça ?

Juliette : Une fluidité dans le sens relationnel. L'alliance thérapeutique est bien plus simple et plus fluide quand on est formé aux techniques d'hypnose.

Elodie : Ah oui.

Juliette : Donc ça améliore aussi le relationnel.

Elodie : Oui. Et du coup, sur une échelle de 0 à 10, je sais c'est un peu très chiffré, mais est-ce que vous pourriez me donner l'estimation, enfin à quel point vous estimez en fait l'intérêt de l'hypnose dans vos prises en charge ?

Juliette : 10 ! Je ne peux pas dire le contraire, j'enseigne l'hypnose. Si je mets moins je ne suis pas bien.

Elodie : Vous auriez pu dire 9 aussi.

Juliette : Ah non non, on peut mettre 10, si l'échelle c'est de 0 à 10 je peux mettre 10 !

Elodie : Oui tout à fait, d'accord.

Juliette : Pour moi, tous les kinés devraient être formés à l'hypnose. C'est évident.

Elodie : Je ne dirais pas le contraire non plus je fais mon mémoire dessus.

Juliette : Oui ! Il ne faut pas scier la branche sur laquelle on est, c'est clair. Nan mais c'est évident, c'est un outil de communication qui est fondamental et c'est un outil à part entière qui.... De toute façon on fait de l'hypnose tout le temps en kiné, on ne le sait pas. Donc c'est complètement aberrant de pas apprendre ça à la base.

Elodie : Oui. Est-ce que ça a modifié un peu votre patientèle ou votre façon d'exercer depuis que vous avez été formé à l'hypnose ?

Juliette : Je ne sais pas trop parce que je me suis formée très tôt... Je me suis installée en 2000 en cabinet libéral. Donc comme j'ai commencé à pratiquer dès que j'ai eu quelques outils en 2003... J'ai l'impression que ma patientèle s'est modifiée oui mais est-ce que c'est dû à l'hypnose ou à l'évolution de ma personne. Je ne sais pas, c'est très difficile à dire.

Elodie : Ah oui... Et en quoi elle s'est modifiée ?

Juliette : C'est des gens, je dirais qui sont plus ouverts à différentes techniques, ça c'est sûr. C'est souvent des confrères qui m'envoient les patients, quand ils rament sur des patients, surtout sur des douloureux chroniques comme des algodystrophies des trucs comme ça. Donc quand les collègues sont bien épuisés avec les patients, ils me les envoient.

Elodie : Ah oui d'accord.

Juliette : Oui, ou quand le diagnostic a réellement été posé d'algoneurodystrophie.

Elodie : D'accord. Après vous n'avez peut-être pas que ça en patient?

Juliette : Non, j'ai aussi beaucoup de patients avec des troubles neurologiques type sclérose en plaque ou polyneuropathies. Et donc avec eux on pose les objectifs à la séance et entre le début et la fin de la séance il s'est passé quelque chose donc... Les gens savent que quand ils viennent avec une douleur, quelque soit le type de douleur, que ce soit une douleur chronique ou aigue, on a des outils. Les patients sont beaucoup plus actifs. Ça c'est une modification : les patients sont beaucoup plus actifs dans leur traitement parce qu'ils savent aussi que, je leur dis honnêtement que si eux ne participent pas, moi je ne ferai rien.

Elodie : Ah oui d'accord oui. Et vous leur apprenez aussi du coup l'autohypnose peut-être ?

Juliette : Oui. À minima. Quasiment tout le monde sait faire un peu d'hypnose.

Elodie : Comment vous... ?

Juliette : J'utilise... au bout de 2-3 séances généralement, une fois qu'ils ont confiance en ce que je fais et ce que je leur dis. Je sais aussi que si on donne des exercices à des gens où l'alliance thérapeutique n'est pas bien installée, ils ne feront pas les exercices. Je donne souvent, enfin très souvent des exercices hyper simples pour que les gens puissent valider quelque chose d'utile et de simple pour eux. Et efficace par la même occasion.

Elodie : Mince j'avais une autre question... Comment vous présentez du coup quand vous faites une séance d'hypnose, comment vous présentez ça à vos patients ?

Juliette : J'utilise l'hypnose conversationnelle tout le temps. Et l'hypnose formelle, je leur dis « voilà, on va expérimenter un truc » sans leur dire forcément que c'est de l'hypnose. Ou alors les patients ils viennent aussi directement pour des consultations d'hypnose.

Elodie : Ah oui d'accord.

Juliette : Ils ne se posent pas, mais en séance de kiné, quand je vois bien que pour mille et une raisons ça ne bouge pas, je leur dis « voilà, pour qu'on gagne un peu de confort, on va expérimenter un truc, ça va apprendre à votre corps à faire un peu différemment ». Je ne parle pas forcément d'hypnose parce que les gens ont des fois peur, ont des appréhensions, ils ont l'impression qu'on va prendre le contrôle sur eux. Enfin avec toutes les idées, les croyances que peuvent avoir les patients. Et quand ils sortent de transe je leur dis « vous voyez, d'avoir expérimenté un effet d'hypnose comme ça, ça va vous permettre de faire à la maison de l'autohypnose » « ah c'est que ça l'hypnose ? ». Voilà ça détronnera un peu des croyances que les gens ont.

Elodie : Et comment vous savez justement avec quels patients vous allez pouvoir utiliser les techniques d'hypnose plus formelles ?

Juliette : C'est quand... enfin je n'ai pas envie de rentrer dans les détails parce que je n'ai pas envie de te noyer de données. Mais je dirais que concrètement c'est quand je sais que les gens ne sont absolument pas dans leur corps, ils sont soit dans le passé soit dans l'anticipation. Je l'ai dissocié et je l'ai réassocié en permanence pour les confusionner en fait. Et pour les recontacter avec leur corps. Mais ça c'est assez inaudible dans un mémoire d'étudiant en kiné...

Elodie : Ah oui ! (rires)

Juliette : Donc qu'est-ce que je pourrais dire ? Comment je sais ? Quand soit les mobilisations sont trop algiques. Où là je dis « est-ce qu'on s'autorise un truc pour gagner un peu en confort ? », bon les gens ne sont pas masochistes, ils disent « oui » tout de suite. Pour trouver du confort ça c'est sûr. Mais je n'ai pas vraiment de limites. Je n'ai pas vraiment de frein à cet outil-là. Je trouve que c'est de toute façon une communication et qu'on ne peut pas ne pas communiquer. Donc tant qu'à faire on le fait bien et on le fait de façon bienveillante envers le patient et pour activer le plus de ressources possibles pour le patient.

Elodie : Et cette communication elle est aussi apprise dans la formation ?

Juliette : Oui. La communication thérapeutique oui. Je l'enseigne aussi.

Elodie : D'accord... (réfléchi) Est-ce que vous avez des techniques que vous utilisez le plus souvent ?

Juliette : Comme je n'ai absolument aucun script en tête, contrairement à beaucoup de formations d'hypnose où ils donnent des scripts par rapport à ceci ou cela, je me cale vraiment sur le monde intérieur du patient. C'est assez facile, regarde dans une conversation lambda en kiné, de repérer un peu les hobbies des patients, les trucs qu'ils aiment faire... donc je n'ai pas du tout de techniques... Je fais de l'antalgique de temps en temps avec des gants magiques, des choses comme ça. Ça oui. J'utilise beaucoup les ressources corporelles, parce que quand il y a une zone qui va ne pas bien, il y a aussi beaucoup d'autres zones qui vont bien. Donc j'active essentiellement les structures corporelles par rapport à ça. Je fais de l'antalgie beaucoup par rapport à ça. Les techniques qu'on pourrait appeler de la cohérence cardiaque ou respiratoire, je l'utilise aussi beaucoup pour recorporer le patient. Pour qu'il trouve une antalgie, une détente assez rapidement. Même avec des gens avec des scléroses en plaque

qui ont des spasticités très importantes et très gênantes. Voilà, ce sont des choses que je fais beaucoup. La confusion aussi j'aime beaucoup. Et des techniques d'hypnose profonde. Pour faire des phénomènes d'amnésie pour ne pas qu'ils conscientisent de trop quand ils sont trop dans le cérébral et pas assez dans le corporel.

Elodie : Vous pouvez détailler un peu plus la confusion ?

Juliette : Grosso modo on a 2 fonctionnements : on a ce qu'on appelle la conscience critique, analytique qui est très reliée au système du langage, des apprentissages, du calcul etc. Enfin c'est tout ce qu'on a appris de logique, de linéaire dans l'apprentissage scolaire. À côté de ça, en parallèle, on a ce qu'on appelle la conscience virtuelle qui va être très reliée à notre monde intérieur, à nos émotions et à tous nos apprentissages plus sensoriels et moteurs. Donc en hypnose, on va surtout utiliser la conscience virtuelle. La conscience logique et rationnelle, on va chercher à l'inhiber au maximum. Et on peut faire de la confusion, c'est-à-dire en disant des trucs tout à fait illogiques où on fait des liens. Par exemple on demande d'observer la respiration ou l'air qui rentre dans le nez et on demande au patient d'observer à quel moment la main commence à respirer. Logiquement et consciemment, le patient dirait « nan mais c'est n'importe quoi votre truc là, ma main ne respire pas. » Quand on est en hypnose, la main commence à respirer parce qu'elle sent des modifications qui viennent et qui se modifient. Donc on peut utiliser cette espèce de technique où on fait du lien qui n'existe pas et/ou des confusions. La dernière que j'ai utilisée en date, l'autre jour sur une mobilisation un petit peu algique, j'ai demandé à la patiente quel était le nom de sa femme. Mariée avec un homme depuis 80 ans. Donc elle sait bien que je connais son mari. Et elle est restée me regarder droit dans les yeux en disant « mais qu'est-ce que... elle est folle ou quoi ? ». Enfin voilà, j'ai saturé son conscient et sa logique avec une question qui n'avait pour elle, dans sa vie, ni queue ni tête.

Elodie : Ah oui d'accord.

Juliette : D'accord. Donc ça c'est faire des liens avec des choses qui n'existent pas, ou poser des questions complètement incongrues. Voilà, ça les mets dans une confusion, ça les occupe, ça focalise leur attention sur autre chose et à côté on peut être beaucoup plus confortable.

Elodie : Ah oui ok.

Juliette : Je fais de la poncture aussi, je fais du dry needling. Et quand je fais de la poncture, et là la poncture je savais qu'elle allait être algique, donc c'est là que je lui ai posé la question « quel était le nom de sa femme ».

Elodie : Ah oui d'accord.

Juliette : Je lui ai posé la question, je lui ai dit « je ne me souviens pu du nom de votre femme ».

Elodie : Ah oui !

Juliette : Et donc là elle était en transe complètement, « nan mais pourquoi elle me dit ça ? ». Sa partie consciente qui était hyperactivée, là elle était en focalisation sur quelque chose, donc en transe minimum pour faire une action qui n'était pas très confortable.

Elodie : Et du coup vous utilisez beaucoup l'hypnose avec d'autres techniques kiné, vous associez les deux ?

Juliette : Que ce soit pour faire des mobilisations qui ne sont pas confortables, que ce soit pour faire de la poncture dans des zones qui sont sensibles, pour des mobilisations où il y a une limitation, sur des prothèses ou même sur des algo des trucs comme ça. C'est très puissant.

Elodie : Et au niveau des patients douloureux chroniques, est-ce que vous avez des exemples en tête à me donner ?

Juliette : Par rapport à quoi ?

Elodie : De l'utilisation du coup avec des patients type douloureux chroniques.

Juliette : Derniers en dates, j'ai pas mal de gens avec des douleurs pudendales, des migraines, des glossodynies, des trucs vraiment sympathiques. Des colons irritables aussi j'en ai pas mal. Ça fonctionne très bien. Donc là je dirai, là on est en plein fonctionnement de kiné, c'est vraiment remettre en mouvement le monde intérieur du patient. C'est exactement la définition même de la kinésithérapie.

Elodie : Oui. Et du coup à quelle fréquence vous estimez utiliser l'hypnose dans votre pratique actuelle ?

Juliette : 100%. Je l'utilise tout le temps.

Elodie : Avec la communication du coup ?

Juliette : Oui. Que ce soit de l'hypnose formelle ou de l'hypnose conversationnelle, j'utilise tout le temps de l'hypnose. Même pour les prises de rendez-vous j'utilise l'hypnose. Je n'ai pas l'intention de travailler 24h sur 24 donc j'arrive à négocier des horaires où les gens me disaient qu'ils n'étaient pas libres.

Elodie : Ah oui !

Juliette : Non mais tant qu'à faire, il faut devenir intelligent à un moment. Autant utiliser cet outil là.

Elodie : Oui oui c'est vrai.

Juliette : Même avec les enfants, pour négocier des choses, l'heure du coucher par exemple, ça marche bien : « Tu préfères aller te coucher à 21h10 ou à 21h25 ? ». Ah c'est une suggestion fermée mais ça fonctionne bien.

Elodie : Ah oui c'est pratique effectivement. J'ai interrogé une autre kiné qui fait de l'hypnose et elle m'a dit la même chose avec les enfants.

Juliette : Ah oui oui. Dans les moments professionnels ou les moments personnels, c'est toujours bien. Ça marche moins bien avec mon chien par contre, là je n'ai pas réussi.

Elodie : Ah ! Pas encore ! (rires) Et pour finir, comment vous évaluez les résultats auprès de vos patients ?

Juliette : De toute façon je demande souvent une évaluation fonctionnelle des patients : « qu'est-ce que vous avez pu reprendre comme activité ? », « Est-ce qu'il y a encore des choses sur lesquelles vous devez progresser ? ». Enfin je fais une évaluation fonctionnelle. Et mécanique. Pour moi de toute façon c'est... La plupart des gens me disent « ah oui j'ai continué à faire l'exercice, j'aimais bien faire cet exercice-là ». Ça, en autohypnose quand ils sentent que ça leur fait du bien, de toute façon ils continuent. Mais la question était par rapport à l'efficacité c'est ça ?

Elodie : Ce que les patients vous en disent ou comment vous évaluez les résultats ?

Juliette : Pour beaucoup de patients qui n'ont pas été voir d'autres collègues, ils trouvent que c'est ordinaire et normal, ils vont mieux, ils n'ont plus mal, ils utilisent mieux leur membre ou leur dos. Ils trouvent ça normal. Ceux qui ont été voir par contre des confrères, souvent ils disent « mais pourquoi je ne suis pas venue vous voir directement ? J'ai fait 15 séances avec untel ». Je leur dis « en même temps, avec les outils qu'il avait, il a fait au mieux ». Oui il y a souvent un petit différentiel.

Elodie : D'accord. Et vous utilisez des échelles peut-être ?

Juliette : Globalement oui. Je ne note rien, je ne fais pas de bilan écrit à la fin mais verbalement oui. Et je leur demande aussi pour évaluer, je leur dis « voilà vous me dites que vous êtes en niveau de confort à 8/10, si vous étiez à 10/10, qu'est-ce qu'il y aurait de mieux ? ». C'est aussi une suggestion pour qu'ils repèrent à quel moment ça va être 10/10. C'est quand même hyper intéressant pour orienter sur des solutions et orienter sur du confort pour les patients.

Elodie : Oui. Donc vous évaluez le confort ?

Juliette : Ou l'endurance ou le...

Elodie : Le fonctionnel ?

Juliette : Le fonctionnel oui.

Elodie : D'accord. Et au niveau plus psychologique, vous avez pu recueillir des résultats aussi ou pas ?

Juliette : Alors moi je reste très kiné dans mon approche. Il y a des gens qui viennent pour des consultations d'hypnose et je leur dis « de toute façon c'est vrai que quand on se sent bien dans son corps, on a d'autres idées qui viennent », réalité ordinaire et normale. Et je ne me sens aucune compétence en psychologie. Ce qui est faux mais je préfère, pour ne pas avoir de problème avec les confrères/les collègues psychologues du canton. Je dis que je reste vraiment à travailler sur le corps et de toute façon dans ma pratique j'utilise beaucoup de techniques essentiellement corporelles. Donc je ne dis pas faire de la psychologie ou quoique ce soit, même si ça m'arrive de faire aussi sur des douleurs chroniques des techniques transgénérationnelles, de refaire des liens dans la famille s'il y a des secrets de famille,

des choses comme ça. Même par rapport à des morts, des choses comme ça, je m'autorise à faire ces techniques là parce que je les connais, je les maîtrise bien. Mais en même temps je ne conclus que sur le physique, le fonctionnel.

Elodie : D'accord.

Juliette : Après les idées, ils se sentent mieux, ils font plus d'activité, ils font plus de choses, ils ont un meilleur relationnel avec leur entourage... Je ne vais pas dire que ça ne me regarde pas, mais je valide juste ce qu'ils me disent. Voilà, je ne suis pas psychologue.

Elodie : Oui d'accord.

Juliette : Oui. Je leur valide toujours que de toute façon quand on se sent mieux dans son corps effectivement tout va mieux.

Elodie : Et du coup ces patients là vous les voyez souvent ? Comment ça se passe au niveau des séances ?

Juliette : En consultation hypnose, les gens je les vois rarement plus de 5 fois.

Elodie : En hypnose formelle du coup ?

Juliette : En hypnose formelle.

Elodie : D'accord.

Juliette : C'est rare que je fasse plus de 5 séances avec les patients, même sur des douloureux chroniques, parce que justement sur des douloureux chroniques je mets une pression d'enfer pour que les choses changent rapidement. Ça c'est de la stratégie.

Elodie : Oui d'accord. Et il y en a qui reviennent ? Parce que du coup vous leur donnez des techniques d'autohypnose, donc au final vous les laissez un peu après gérer tout seul ?

Juliette : Exactement. Des fois je peux les voir 2 – 3 fois de façon rapprochée puis la séance d'après je la mets 2 mois après. Et puis après je leur dis « voilà, on pose une autre séance mais vous repérez à quel moment vous en avez besoin ». Pour les autonomiser, pour voir comment les choses évoluent, essayer de les rendre complètement actifs sur tous les processus.

Elodie : Bon et bien c'est fini pour moi. Est-ce que vous voulez ajouter autre chose ?

Juliette : Tu t'es formée déjà à l'hypnose ou pas encore ?

Elodie : Non. Mais j'aimerais bien après le diplôme sûrement.

Juliette : Ouai ? Je pense que de toute façon, je le disais c'est complètement indispensable... Je donne des formations aussi en professionnel, à l'institut français d'hypnose et dans une autre structure à Paris et je vois des professionnels de santé qui sont complètement en burnout, au bout de très peu d'années d'exercice en fait. Parce qu'ils sont épuisés, parce qu'ils n'ont pas ces outils là, on arrive vite fait à épuisement !

Elodie : Oui, j'ai interrogé un kiné juste avant vous et il me disait justement que dans les kinés qui pratiquaient l'hypnose il y avait beaucoup moins, enfin les professionnels, il y avait beaucoup moins de burnout.

Juliette : Hé oui complètement ! Oui parce qu'on sait aussi trouver la bonne distance par rapport au patient alors que quand on n'a pas ces outils là, on a l'impression qu'on doit faire pour l'autre. Et bien heureusement ce n'est pas vraiment le cas. Nos patients doivent être hyper acteurs de ce qu'il se passe.

Elodie : Oui je comprends. Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé.

Juliette : De rien du tout. Si tu as d'autres choses ou questions...

Elodie : Oui je vous recontacte si jamais alors. Merci beaucoup !

Juliette : Merci beaucoup, bonne soirée à toi !

Elodie : Merci à vous aussi. Au revoir

FÉVIN ELODIE

**L'INTÉRÊT DE L'HYPNOSE DANS LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS
DOULOUREUX CHRONIQUES EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE : UNE ÉTUDE
QUALITATIVE.**

Approximately 30% of the French population suffers from chronic pain and physiotherapy recommendations often seem inefficient to relieve their pain. In parallel, efficacy of hypnosis to decrease pain has been shown in several studies. This qualitative study aims to give an overview of the use of hypnosis throughout the medical care of patients suffering from chronic pains in physiotherapy.

Six semi directive interviews were conducted with private practice and public sector physiotherapists using hypnosis throughout this type of medical care.

Results exhibit that hypnosis improves medical care of chronic pain by increasing comfort and the patient's capacity to achieve self-empowerment, that it allows the decrease of pain thanks to the use of self-hypnosis, that it is beneficial to physiotherapist and develops therapeutic alliance.

This study highlights the interest of hypnosis in the management of chronic pain. However, hypnosis has some contraindications and some limitations such as hypnotisability and a potential risk of dependence. Furthermore, this study does not allow the generalization of the outcomes. That is why we propose the elaboration of questionnaires directed to more physiotherapist in order to obtain quantitative results.

Environ 30% de la population française souffre de douleurs chroniques et les recommandations en masso-kinésithérapie semblent le plus souvent inefficaces. En parallèle, l'efficacité de l'hypnose dans la diminution de la douleur a été démontrée dans plusieurs études. L'objectif de cette étude qualitative est donc de réaliser un état des lieux de l'utilisation de l'hypnose lors de la prise en charge de patients souffrant de douleurs chroniques en massokinésithérapie.

Six entretiens semi-directifs ont ainsi été réalisés auprès de masseurs-kinésithérapeutes salariés et libéraux utilisant l'hypnose lors de ce type de prise en charge.

Les résultats montrent que l'hypnose permet d'améliorer la prise en charge de la douleur chronique grâce à l'augmentation du confort et de la capacité d'autonomisation du patient, qu'elle permet de diminuer la douleur sur le long terme avec la pratique de l'autohypnose et qu'elle s'avère aussi être bénéfique pour le thérapeute ainsi qu'à l'élaboration d'une relation thérapeutique.

Cette étude met en évidence l'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur chronique. Cependant, celle-ci connaît aussi quelques contre-indications ainsi que certaines limites concernant l'hypnotisabilité des patients et un possible risque de dépendance. Par ailleurs, l'étude en elle-même ne permet pas la généralisation des résultats, c'est pourquoi il est proposé, de réaliser des questionnaires adressés au MK à l'avenir, dans le but de rendre ces résultats plus quantitatifs.

KEY WORDS: Hypnosis – Pain – Chronic pain – Physiotherapy

MOTS CLÉS : Hypnose – Douleur – Douleur chronique – Kinésithérapie

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

22, Avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES : 2016-2020

