



HAL
open science

Hypnose dans la prise en charge des douleurs chroniques : Quel vécu pour les patients

Pauline Nattero

► **To cite this version:**

Pauline Nattero. Hypnose dans la prise en charge des douleurs chroniques : Quel vécu pour les patients. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04384490

HAL Id: dumas-04384490

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04384490v1>

Submitted on 10 Jan 2024

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.

UFR DE SANTÉ DE ROUEN NORMANDIE

ANNÉE 2023

N°

**THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'état)

Par

Pauline NATTERO

Née le 19 juin 1994 à Rouen (76)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 05 OCTOBRE 2023

**Hypnose dans la prise en charge des douleurs
chroniques :
Quel vécu pour les patients ?**

Président du jury : Monsieur le Professeur Matthieu SCHUERS

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Yoann SEIGNEUR

Membres du jury : Madame le Docteur Blandine BILLET
Madame le Docteur Laetitia BOURDON
Madame le Docteur Sophie POUPLIN

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 - 2023

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne

Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>)	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien	CB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mr Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Noémie MARIE	UFR	Communication
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais
Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC	UFR	Anglais

II – PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Sandrine DAHOT	Bactériologie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie

Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Mikaël DAOPHARS	Pharmacie
M. Pierre BOHN	Radiopharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
---------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Henri GONDÉ	Pharmacie
M. Paul BILLOIR	Hématologie
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie
M. Thomas DUFLOT	Pharmacologie
Mme Alice MOISAN	Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma EZZINE	Pharmacologie
M. Abdelmounaim MOUHAJIR	Informatique Bio-informatique
M. Olivier PERRUCHON	Pharmacognosie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Matthieu SCHUERS

Merci de me faire l'honneur d'être mon président de jury de thèse. Merci de m'avoir accompagnée en tant qu'interne dans les groupes d'échanges de pratiques. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée en tant que médecin généraliste en m'offrant l'opportunité de mes premiers remplacements.

A Madame le Docteur Blandine BILLET

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour votre implication dans la formation en communication des étudiants. Merci pour votre soutien dans le choix de traiter ce sujet de l'hypnose.

A Madame le Docteur Laetitia BOURDON

Merci de m'avoir suivie et conseillée au travers du tutorat pendant ces trois années d'internat. Merci d'être présente aujourd'hui et de faire partie de ce jury de thèse pour boucler la boucle de mes études.

A Madame le Docteur Sophie POUPLIN

Merci de siéger à ce jury de thèse. Merci pour votre bienveillance et l'accueil réservé par votre service au début de ce projet. Merci pour votre implication auprès des patients.

A Monsieur le Docteur Yoann SEIGNEUR

Merci de m'avoir guidée dans ce travail. Merci de m'avoir soutenue dans les moments de doute et d'avoir su trouver les bons mots. Merci de m'avoir fait découvrir l'hypnose il y a maintenant plusieurs années. Merci pour ta gentillesse et ta bienveillance. Ta pratique a beaucoup apporté à la mienne.

A mes maîtres de stage pendant l'internat : le Docteur Sophie OZANNE, le Docteur Sophie HEDIN, le Docteur Nicolas ROBERT

Merci pour l'accueil que vous m'avez réservé. Merci de m'avoir enseigné une médecine humaine et bienveillante. Merci de m'avoir donné les clés pour exercer en confiance.

Aux médecins hospitaliers qui m'ont encadrée pendant mon internat

Aux médecins qui m'ont entourée depuis le début de mes remplacements

Aux équipes paramédicales et aux belles personnes rencontrées

A mes coéquipiers du SIREHN-IMG

Merci d'avoir partagé vos connaissances et votre passion de la médecine avec moi. Merci pour ces échanges qui nourrissent mes idées et ma pratique.

Au Docteur Isabelle CANCHON-OTTAVIANI et au Docteur Marc OTTAVIANI

Merci de m'avoir conseillée dans mon parcours depuis ... toujours. Merci de m'avoir fait découvrir cette belle spécialité qu'est la médecine générale pendant mon externat.

Aux hypnotérapeutes qui ont accepté de m'aider dans ce projet de thèse

Merci pour l'attention que vous avez accordée à cette étude et au temps que vous y avez consacré. Merci pour ce que vous faites pour les patients.

Aux patients qui ont accepté de participer à cette étude

Merci pour votre confiance et vos paroles. Merci pour ces moments partagés qui n'ont pas seulement permis à ce travail de voir le jour mais qui m'ont aussi beaucoup apporté humainement.

Aux patients de tous les jours

A ceux que l'on croise, ceux que l'on suit, ceux que l'on oublie, ceux qui changent nos vies.
Merci.

A ma famille

A ma Maman, mon soutien depuis le début. Merci pour ces petits gestes qui en disent beaucoup. Merci d'avoir toujours été là dans les moments de joie, les victoires mais aussi les désillusions et les moments de doutes. Merci de m'avoir accompagnée et d'avoir fait de moi celle que je suis aujourd'hui.

A mon Papa, malgré la distance qui nous sépare tu as su être auprès de moi. Merci de m'avoir inculqué tes valeurs. Merci d'avoir cru en moi. Merci pour ton soutien et merci d'être là aujourd'hui. Merci de m'avoir fait rencontrer les belles personnes que sont Miriam et Greta.

A Eloïse, ma petite sœur. A toi qui voulais partir de la maison à huit ans si je devais redoubler ma première année. Merci d'être toi. Merci de me faire enrager comme de me faire rire. Merci de m'avoir supportée. Tu es une petite pépite et tu peux être fière de la jeune femme que tu es en train de devenir.

A mes grands-parents. A ma Mamie. A ceux partis trop tôt pour voir ce jour se réaliser, Mémère, Pépère, Papy. A ces autres personnes qui ne sont pas là aujourd'hui mais qui sont si importantes pour moi. Je pense fort à vous aujourd'hui.

A Maryline et Francis, merci de m'avoir suivie et soutenue pendant toutes ces années.

A ma belle-famille, Sophie, Bertrand, Martin, Charlotte, merci de m'avoir acceptée comme l'une des vôtres.

A Rocket, le plus fidèle et câlin des compagnons à quatre pattes mais le pire assistant de thèse que la Terre ait connu. Merci pour ta ronronthérapie.

A mes amis

A Jeanne, Mylène, Charlotte P, Emeline, Charlotte G, Manue, Hana, Anne-So
Merci à la vie de vous avoir mises sur mon chemin. Merci pour votre soutien sans faille et votre écoute. A ces pleurs partagés, à ces rires à n'en plus finir et à tout ce que cette belle amitié nous réserve. Je peux dire aujourd'hui que je suis fière de nous et fière de voir que nous sommes devenues des femmes accomplies.

A Arthur, Grégoire, Paul, Clarisse, Vivien, Elise, Jean
Merci pour votre amitié. Merci pour les moments de bonheur partagés.

Aux copains rencontrés ces derniers mois,

A nos folles futures aventures.

A Etienne

A toi, mon partenaire de vie, mon Doudou. Merci d'être là, merci pour ton soutien dans ce projet de thèse et merci de croire en moi. Merci de me porter et me supporter. Merci pour tout cet amour que tu m'apportes au quotidien. Merci de toujours m'élever et de m'ouvrir à de nouveaux horizons. Merci de me faire rire et d'être l'épaule sur laquelle je peux me reposer. T'avoir aimé instantanément est ma plus belle folie.

A nos futurs projets et à nos voyages. A ces belles années passées ensemble et à celles à venir.

« Plutôt guérir de sa douleur, que guérir sa douleur. »
Anne-Françoise Allaz dans *Le messager boiteux*

« Nous ne voyons pas les choses comme elles sont,
nous les voyons comme nous sommes. »
Anaïs Nin

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	17
INTRODUCTION	18
I. LA DOULEUR	18
A) Définitions	18
B) Les composantes de la douleur	20
C) Neurophysiologie de la douleur : les bases pour comprendre.....	20
D) Épidémiologie.....	27
E) Le retentissement des douleurs chroniques : un enjeu de santé publique	28
F) Prendre en charge un patient ayant des douleurs chroniques.....	29
II. L'HYPNOSE	31
A) Définition.....	31
B) Grands principes en hypnose.....	31
C) Un peu d'histoire	32
D) Hypnose thérapeutique : applications de l'hypnose en médecine.....	34
E) Formation et exercice professionnel	35
F) Hypnose et douleurs chroniques	35
III. ORIGINE ET INTERET DE L'ETUDE.....	38
MATERIEL ET METHODES	39
I. TYPE D'ETUDE	39
II. POPULATION.....	39
A) Échantillonnage.....	39
B) Recrutement.....	40
III. RECUEIL DES DONNEES	41
IV. ANALYSE DES DONNEES	42
V. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	42
RESULTATS.....	43
I. CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS ET DE LA POPULATION ETUDIEE	43
A) Caractéristiques des entretiens	43
B) Caractéristiques de la population étudiée.....	43
II. DONNER DU SENS AUX MOTS.....	46
III. DOULEURS ET SOUFFRANCE DU PATIENT	47
A) Un parcours de vie jalonné de difficultés	47
B) La douleur du patient	48
C) Handicap et retentissement de la douleur sur le quotidien.....	50
D) Le vécu de la douleur.....	52
E) La personnalité du patient : freins et facteurs d'adhésion	53
IV. PARCOURS DE SOIN DU PATIENT AVANT LE RECOURS A L'HYPNOSE.....	54
A) Comprendre la douleur : une quête d'explications.....	54
B) Traiter la douleur : la quête du soulagement.....	55
C) Rapport au monde médical et limites de la médecine occidentale.....	56
D) Être prêt à tout.....	58
V. ENVISAGER L'HYPNOSE COMME UNE REPONSE A LA DOULEUR CHRONIQUE.....	59
A) Être orienté en hypnose.....	59
B) Autres expériences en hypnose	60
C) Représentation de l'hypnose et connaissances	61
D) Rapport du patient à l'hypnose.....	62
E) Les attentes du patient.....	63
F) L'hypnose, une thérapie encore controversée.....	64
G) Difficultés d'accès.....	65

VI.	RELATION THERAPEUTIQUE AVEC L'HYPNOTHERAPEUTE	66
A)	<i>Orientation vers l'hypnothérapeute</i>	66
B)	<i>Lien de confiance et relation soignant-soigné</i>	67
C)	<i>Statut de l'hypnothérapeute</i>	68
D)	<i>Les rôles de l'hypnothérapeute</i>	69
VII.	TRAVAIL DE L'HYPNOSE : VERS L'AUTONOMIE DU PATIENT	70
A)	<i>Temps d'explication et de discussion</i>	70
B)	<i>Travail sous hypnose</i>	72
C)	<i>Garder le contrôle</i>	73
D)	<i>Poursuivre les séances</i>	73
E)	<i>Place de l'autohypnose</i>	74
VIII.	BENEFICES DE L'HYPNOSE ET CHANGEMENTS DE PERCEPTION	76
A)	<i>Image de l'hypnose après la prise en charge</i>	76
B)	<i>Une meilleure gestion des douleurs</i>	77
C)	<i>Un bénéfice plus global : le bien-être</i>	78
D)	<i>Réinvestir son quotidien</i>	79
E)	<i>Accéder à l'acceptation</i>	80
F)	<i>Se retrouver</i>	81
IX.	L'HYPNOSE ET SES LIMITES	83
A)	<i>Quand l'hypnose n'a pas les effets escomptés</i>	83
B)	<i>La nécessité d'être disponible pour entrer en hypnose</i>	84
C)	<i>L'importance du cadre</i>	85
D)	<i>Limites de l'hypnoalgésie</i>	86
E)	<i>Conséquences de l'hypnose et de l'autohypnose</i>	86
F)	<i>Poser des limites à sa pratique</i>	87
X.	INTEGRER L'HYPNOSE DANS LE SOIN	89
A)	<i>Perspectives d'améliorations décrites par les patients</i>	89
B)	<i>Partager ses connaissances</i>	90
C)	<i>L'hypnose : une ressource thérapeutique</i>	91
	DISCUSSION	94
I.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	94
A)	<i>Forces de l'étude</i>	94
B)	<i>Limites de l'étude</i>	95
II.	PRINCIPAUX RESULTATS	97
III.	DISCUSSION DES RESULTATS ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE	100
A)	<i>Liens entre douleurs et psychisme : une relation bilatérale</i>	100
B)	<i>L'importance de la relation thérapeutique et l'exemple de la relation hypnothérapeute-patient</i>	101
C)	<i>Hypnose et société ou le besoin de démystifier l'hypnose</i>	104
D)	<i>Le patient : facteurs personnels influençant douleur et réponse à l'hypnose</i>	105
E)	<i>Place de l'hypnose dans la vie du patient douloureux : une nouvelle ressource</i>	107
F)	<i>Intégration de l'hypnose dans le champ de la santé : quelle place dans le système de soin ?</i>	109
IV.	PERSPECTIVES	112
	CONCLUSION	114
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	115
	ANNEXES	124
	ANNEXE 1 : FICHE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT RELATIFS A LA PARTICIPATION A L'ETUDE	124
	ANNEXE 2 : LISTE DE CONTROLE COREQ	126
	ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN	129
	ANNEXE 4 : EXEMPLE DE CODAGE	130
	ANNEXE 5 : SCHEMAS D'ANALYSE ENTRETIEN PAR ENTRETIEN	131
	ANNEXE 6 : EXTRAITS DU JOURNAL DE BORD	138
	ANNEXE NUMERIQUE : VERBATIM D'ENTRETIENS	

Liste des abréviations

ACP : Approche Centrée sur la Personne
APA : American Psychological Association
ATP : Adénosine Triphosphate
BOLD : Blood Oxygenated Level Dependent
BPI : Brief Pain Inventory
CCAM : Codage des Actes Médicaux
CDME : Corne Dorsale de la Moelle Épineuse
CETD : Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur
CFHTB : Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapie Brève
CGRP : Calcitonin Gene-Related Peptide (peptide associé au gène de la calcitonine)
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIM : Classification Internationale des Maladies
CMG : Collège de la Médecine Générale
CNRD : Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur
COREQ : Consolidated criteria for Reporting Qualitative research
CoSiR : Consultation Simulée avec Rétroaction
DN4 : questionnaire de la Douleur Neuropathique en 4 points
DPC : Développement Professionnel Continu
DU : Diplôme Universitaire
DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale
EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EVA : Échelle Visuelle Analogique
FIRST : Fibromyalgia Rapid Screening Tool
HAD (échelle) : Hospital Anxiety and Depression scale
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
IASP : International Association for the Study of Pain
IDE : Infirmier Diplômé d'État
IMHEN : Institut Milton H. Erickson de Normandie
IRM(f) : Imagerie par Résonance Magnétique (fonctionnelle)
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
NGF : Nerve Growth Factor
NHWS : National Health and Wellness Survey
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PNL : Programmation NeuroLinguistique
QDSA : Questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine
SDC : Structure spécialisée Douleurs Chroniques
SDRC : Syndrome Douloureux Régional Complexe
SFETD : Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur
TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale
TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
TEP : Tomographie par Émission de Positons
ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

Introduction

Un adulte sur trois en France présente des douleurs chroniques (1,2). C'est une pathologie à laquelle nous sommes confrontés tous les jours en tant que médecins généralistes. Qu'elle soit aiguë ou chronique, la douleur est la première cause de consultation en médecine générale (3).

Malgré sa fréquence, la douleur chronique a seulement été reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une maladie à part entière en 2019. Cette reconnaissance lui a valu l'intégration en 2022 dans la onzième version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11).

L'accès à la gestion de la douleur est inscrit comme un droit humain fondamental depuis la déclaration de Montréal en 2010 (4). Ce droit est inscrit dans la législation française depuis la loi Kouchner de 2002 : « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur* » (5). Au travers de cette même loi, soulager est devenu un devoir pour les soignants (3).

Cependant, soulager n'est pas si simple. Même si nous avons accès à un arsenal médicamenteux conséquent, cette option a des limites : effets indésirables parfois graves, dépendance, coût. Les patients eux-mêmes sont demandeurs d'autres types de prise en charge. C'est pourquoi depuis quelques années, les thérapies non conventionnelles sont de plus en plus utilisées. On estime que 4 français sur 10 y ont recours (6).

Parmi ces thérapies, l'hypnose a montré son utilité dans le traitement de la douleur. Même si son statut n'est pas encore reconnu en France, elle se fait progressivement une place dans les recommandations des sociétés savantes (7,8). La pratique de l'hypnose attire et les médecins généralistes se forment de plus en plus à son exercice (9).

I. La douleur

A) Définitions

La définition de la douleur a été proposée en 1979 par l'International Association for the Study of Pain (IASP) et a été revue en 2020 (10,11) : c'est « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle* ».

Six notes sont intégrées à la définition afin d'appuyer le caractère subjectif du vécu douloureux, sa diversité d'expression et ses conséquences sur l'individu (10–12) :

- *La douleur est toujours une expérience personnelle qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.*
- *La douleur et la nociception sont des phénomènes différents. La douleur ne peut être déduite uniquement de l'activité des neurones sensoriels.*
- *À travers leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de la douleur.*
- *L'expression d'une personne sur une expérience de douleur doit être respectée.*

- Bien que la douleur joue généralement un rôle adaptatif, elle peut avoir des effets négatifs sur le fonctionnement et le bien-être social et psychologique.
- La description verbale n'est qu'un des nombreux comportements permettant d'exprimer la douleur ; l'incapacité à communiquer n'exclut pas la possibilité qu'un être humain ou un animal non humain éprouve de la douleur.

Il existe plusieurs temporalités à la douleur. La douleur aiguë est due à un processus pathologique de courte durée. C'est un signal d'alarme pour le corps, elle est donc considérée comme protectrice. On parle de « douleur symptôme » (13–15).

La douleur chronique est une douleur qui persiste ou survient de manière récurrente depuis plus de trois mois (3,16). Elle induit alors une souffrance chez les patients, définie comme un sentiment de mal-être (3).

Les objectifs de prise en charge diffèrent entre ces deux temporalités : soulager et traiter la cause en cas de douleurs aiguës ; réduire le handicap et améliorer la qualité de vie en cas de douleurs chroniques (3).

La douleur chronique est, depuis son intégration dans la CIM-11, divisée en deux sous-catégories (3,16) (figure 1) :

- La douleur chronique primaire. C'est « une douleur dans une ou plusieurs régions anatomiques qui persiste ou se reproduit pendant plus de trois mois et est associée à une détresse émotionnelle importante ou un handicap fonctionnel non liés à une autre maladie chronique ».
- Les douleurs chroniques secondaires qui sont liées à des pathologies sous-jacentes dont la douleur est l'un des symptômes.

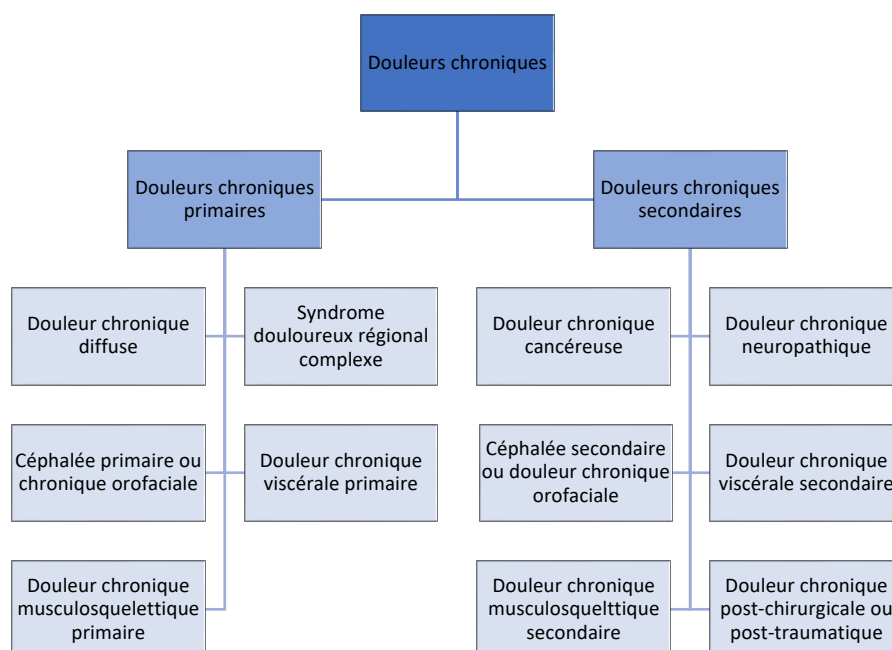


Figure 1 : Classification des douleurs chroniques, figure inspirée de la présentation de S. Meyer (17)

Un autre type de douleurs peut être individualisé : les douleurs liées aux soins (18). Ces douleurs peuvent souvent être prévenues. Elles ne seront pas abordées par la suite bien que l'hypnose ait une part intégrante dans leur prise en charge (19,20).

B) Les composantes de la douleur

La douleur est une notion complexe et multidimensionnelle qui se divise en quatre composantes (14,15,21) :

- La composante sensori-discriminative correspond à ce que le sujet ressent physiquement : nature de la douleur, durée, intensité, localisation, ...
- La composante affectivo-émotionnelle confère à la douleur son caractère désagréable et peut-être modulée par des états émotionnels.
- La composante cognitive rassemble les processus mentaux qui peuvent influencer la perception douloureuse : interprétation, valeur, anticipation, expériences antérieures, ... C'est le sens que le sujet va donner à la douleur.
- La composante comportementale correspond aux réactions verbales et non-verbales du sujet face au vécu douloureux.

Elles sont influencées par des facteurs personnels (histoire, personnalité) et environnementaux (sociaux, culturels, familiaux, professionnels). C'est le **modèle conceptuel biopsychosocial de la douleur** décrit par François Boureau (figure 2).

Ces composantes sont inhérentes à tout processus douloureux et il est nécessaire qu'elles soient toutes prises en compte par les professionnels de santé.

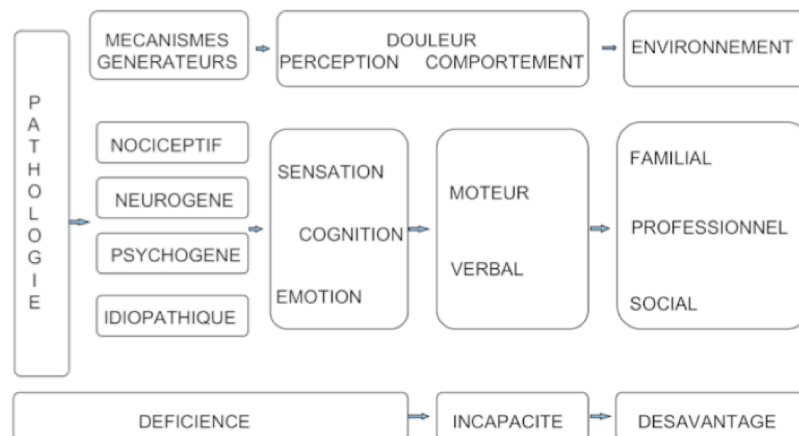


Figure 2 : Modèle multidimensionnel biopsychosocial de la douleur chronique par F. Boureau (22)

C) Neurophysiologie de la douleur : les bases pour comprendre

Il existe plusieurs types de douleurs qui correspondent à des mécanismes physiopathologiques différents (14,23) :

- Les douleurs nociceptives liées à une atteinte tissulaire.

- Les douleurs neuropathiques liées à une atteinte du système nerveux central ou périphérique.
- Les douleurs nociplastiques liées à une altération des systèmes de modulation de la douleur sans qu'aucune lésion ne soit objectivée.

Ces types de douleurs sont souvent intriqués chez les patients ayant des douleurs chroniques.

Afin de mieux comprendre ces différents types de douleurs, il est essentiel d'en comprendre les bases neurophysiologiques. Plusieurs étapes se succèdent avant de ressentir une douleur (13,24,25) :

- La transduction du signal : le stimulus nociceptif est transformé en énergie chimio-électrique dans les terminaisons nerveuses. Le message est encodé en potentiels d'action.
- La transmission de l'influx nerveux : le message est transmis de la périphérie jusqu'au cortex via une succession de neurones.
- La modulation : différents systèmes permettent de moduler la douleur.
- La perception de la douleur.

1) Trajet d'un message douloureux (figure 3)

i. De la périphérie à la moelle épinière

Les nocicepteurs sont des terminaisons nerveuses libres présentes à la surface des tissus cutanés, musculaires, articulaires et viscéraux (13). Ils sont activés par des substances algogènes libérées après une lésion tissulaire (24,25) :

- Les substances algogènes issues de la cellule lésée : Adénosine Triphosphate (ATP) et ions hydrogènes (H⁺).
- Les substances algogènes formant la soupe inflammatoire. Elles sont synthétisées par la lignée immunitaire (mastocytes, macrophages) ou activées par des enzymes suites à l'inflammation : histamine, bradykinine, sérotonine, cytokines, neurotrophines, prostaglandines ou encore leucotriènes.
- Les substances algogènes produites par les nocicepteurs eux-mêmes : substance P, peptide associé au gène de la calcitonine (CGRP) et neurokinine A.

Les nocicepteurs ont une réponse proportionnelle à l'intensité du stimulus et un seuil d'activation élevé (24,25). Ils dépendent de deux types de fibres nerveuses périphériques (13,25) :

- **Les fibres A δ** sont des fibres de petit calibre sensibles à des stimuli mécaniques. Elles ont une vitesse de transmission moyenne grâce à leur caractère myélinisé. Elles sont responsables de douleurs aiguës bien localisées.
- **Les fibres C** sont amyéliniques et de petit calibre, de conduction plus lente. Leurs nocicepteurs sont polymodaux et sensibles à des stimuli thermiques, chimiques ou mécaniques. Ces fibres représentent 60 à 90% de l'ensemble des fibres afférentes cutanées et presque la totalité des fibres viscérales. Elles induisent des douleurs plus diffuses.

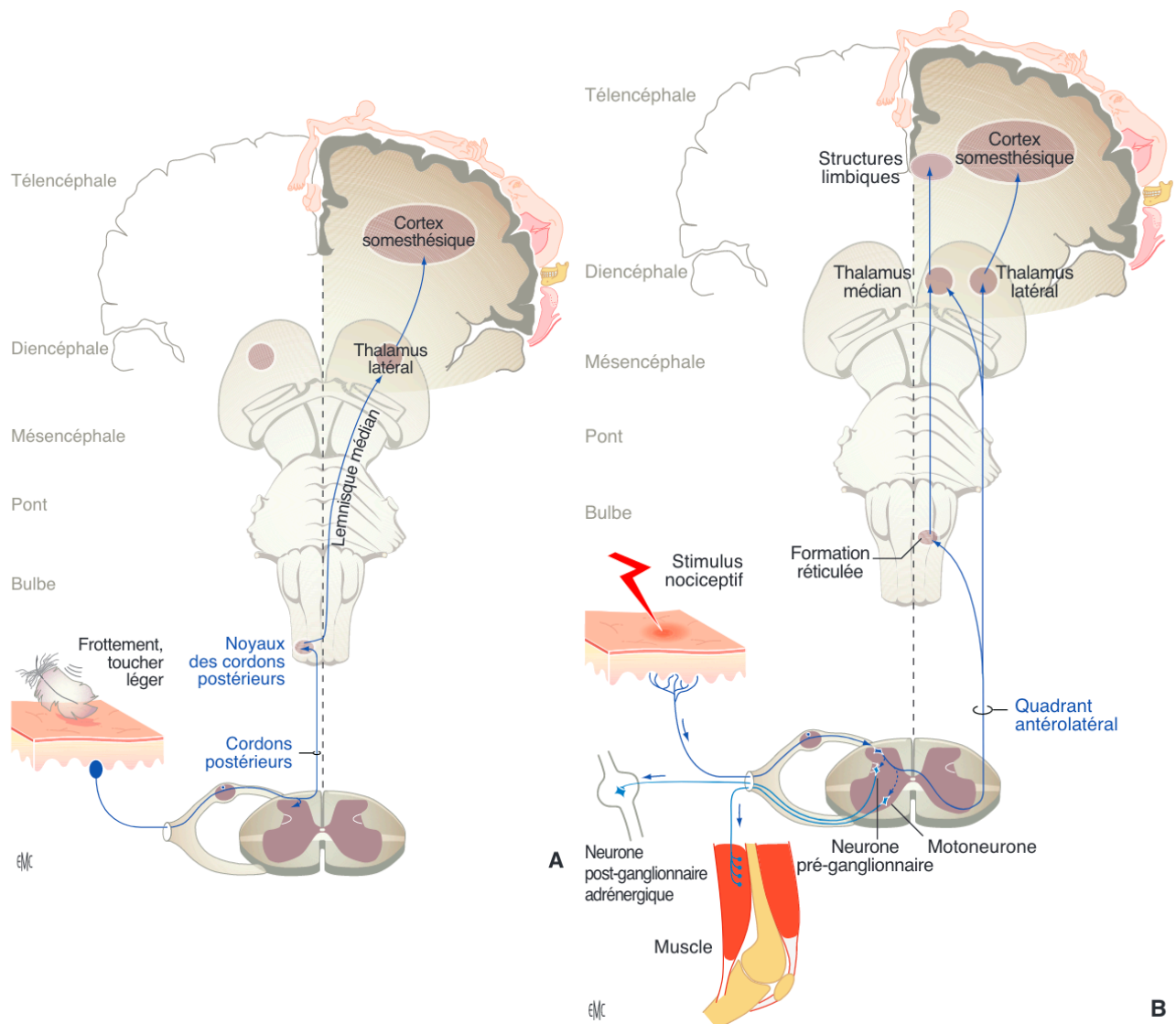


Figure 3 : Schémas simplifiés des voies somesthésiques ascendantes d'après L. Plaghi (26)
 A. Voie lemniscale B. Voie extralemniscale

Les corps neuronaux des fibres afférentes primaires A δ et C se situent dans les ganglions spinaux (13). Ces fibres rejoignent la corne postérieure (ou dorsale) de la moelle épinière (CDME) par l'intermédiaire des racines postérieures des nerfs rachidiens (26).

Elles font synapse avec des deutoneurones et des interneurones dans les couches superficielles (I) et profondes (V) de la CDME (25). Il existe à ce niveau une convergence des afférences cutanées, musculaires et viscérales expliquant le phénomène de douleurs projetées (13,25).

La transmission du message se fait grâce aux neurotransmetteurs qui sont des acides aminés excitateurs (glutamate et aspartate). Leur effet est modulé par certains neuropeptides (13,25) notamment au travers des récepteurs NMDA.

D'autre part, les **fibres A β** qui relient les informations tactiles et proprioceptives jouent aussi un rôle dans le système nociceptif. Ce sont de grosses fibres myélinisées (13,25) qui conduisent rapidement les informations et se déclenchent pour des stimuli moins

importants. Leurs corps neuronaux se situent également dans le ganglion spinal. Elles se dirigent vers les couches III à V de la CDME où elles se divisent entre une voie ascendante homolatérale et des connexions synaptiques avec les interneurons (25).

ii. De la moelle épinière au thalamus

❖ La voie extra-lemniscale

Les fibres du deutoneurone décussent au niveau spinal, c'est-à-dire qu'elles croisent la ligne médiane de la moelle. Elles montent dans le cordon antérolatéral de la moelle épinière jusqu'au thalamus par deux faisceaux (24,25) :

- Le faisceau spino-thalamique : Il se projette vers le thalamus latéral dans le noyau thalamique ventro-postéro-latéral et le noyau thalamique ventro-postéro-médian. Il existe une certaine somatotopie dans ces noyaux. On leur attribue la composante sensori-discriminative de la douleur.
- Le faisceau spino-réticulo-thalamique : il se projette sur les noyaux médians du thalamus de manière directe ou indirecte après avoir fait relais dans la substance réticulée du tronc cérébral. Il participe à la composante affectivo-émotionnelle de la douleur.

D'autres voies nociceptives n'empruntent pas ces faisceaux et se projettent vers le tronc cérébral dans le bulbe ou le mésencéphale (25,27). Elles jouent un rôle dans les réactions végétatives secondaires aux stimulations nociceptives.

❖ La voie lemniscale

Elle est issue des fibres A β et chemine dans la corne postérieure de la moelle homolatérale dans les faisceaux de Goll et Burdach, décusse au niveau bulbaire et se projette au niveau du thalamus latéral (25).

iii. Du thalamus au cortex cérébral : sites de projections

Au niveau du thalamus, il y a un relais avec un troisième neurone.

Les neurones thalamo-corticaux viennent (13,25) :

- De la partie latérale du thalamus et se projettent sur le cortex pariétal : aire somesthésique primaire et secondaire. Ils permettent la localisation et l'identification des stimuli nociceptifs.
- De la partie médiane du thalamus et se projettent vers le cortex frontal donnant le caractère désagréable de la douleur. Ils sont responsables des composantes cognitives et comportementales de la douleur.

Les neurones thalamo-limbiques viennent également de la partie médiane du thalamus (25).

En plus du thalamus, le système limbique se compose (25,27,28) :

- Du gyrus cingulaire avec le cortex cingulaire antérieur et de l'amygdale qui jouent un rôle dans la composante émotionnelle de la douleur.
- Des corps mamillaires de l'hypothalamus impliqués dans les réactions végétatives de la douleur et la libération d'hormones du stress.
- De l'hippocampe qui joue un rôle dans le processus de mémorisation associé à la douleur.

Ces différents systèmes supra-spinaux forment la « matrice douleur » responsable de la perception de la douleur (29). Les multiples sites de projections qui existent et leurs nombreuses interconnexions sont responsables de la complexité et des difficultés liées à la compréhension des systèmes de la douleur (27).

2) Modulation de la douleur

Il existe à chaque étage de la transmission du stimulus nociceptif des connexions avec d'autres neurones permettant une modulation de la douleur.

i. Au niveau spinal : les contrôles segmentaires spinaux

La moelle épinière n'a pas qu'un rôle de transmission de l'information (26). En effet, les contrôles segmentaires spinaux émergent de la CDME. C'est la théorie du **gate control** (figure 4) modélisée par Melzack et Wall en 1965 (21).

Ce modèle est basé sur l'équilibre entre la stimulation des grosses fibres inhibitrices non nociceptives et des petites fibres activatrices nociceptives (26) :

- En cas de stimulation des petites fibres A δ et C, il y a inhibition de l'interneurone, le portillon s'ouvre et permet la transmission du stimulus nociceptif.
- En cas de stimulation des grosses fibres A β , il y a activation de l'interneurone inhibiteur ce qui ferme la porte à la stimulation douloureuse. Par exemple, le frottement d'une zone douloureuse active les fibres A β ce qui diminue l'intensité de la douleur sur cette zone.

Ce modèle est à l'origine de l'utilisation du TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator) (25,26).

Le mécanisme de *gate control* est lui aussi soumis à des contrôles descendants d'origine supraspinale (26).

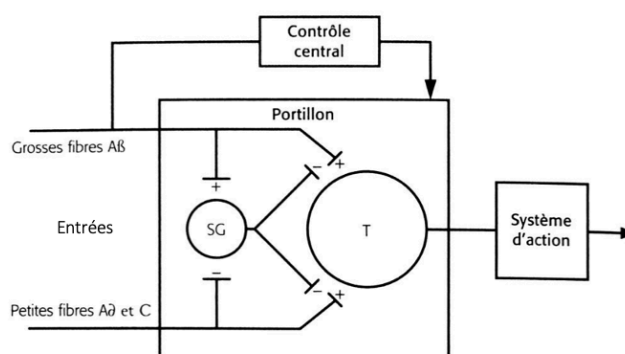


Figure 4 : Représentation de la théorie du « gate control » par Melzack et Wall (21)
T = Première cellule de transmission, SG = interneurone de la substance gélatineuse

ii. Au niveau supra-spinal : les contrôles descendants

Les contrôles descendants sont issus des structures du tronc cérébral (19) :

- De la substance grise périaqueducule au niveau du mésencéphale.
- De la région bulbaire rostro-ventrale.

La stimulation des neurones de ces régions bloque la transmission des messages nociceptifs grâce à des voies descendantes inhibitrices. Les axones de ces neurones se projettent aux différents étages spinaux (26). Cette inhibition se fait grâce à la libération de sérotonine, de noradrénaline et d'enképhaline au niveau du tronc cérébral et d'opioïdes endogènes ou de neurotransmetteurs GABA dans les couches superficielles de la CDME (25,28).

Il existe également des contrôles facilitateurs pro-algiques descendants liés à la région bulbaire rostro-ventrale. Ils sont mis en jeu en cas de stimulation plus faible. Il existe un équilibre entre les systèmes facilitateurs et inhibiteurs qui détermine l'excitabilité du réseau neuronal dans le CDME (26).

iii. Les contrôles inhibiteurs diffus nociceptifs (CIDN)

Ils sont induits par des stimulations nociceptives. Ils peuvent être déclenchés depuis n'importe quel territoire pourvu de nocicepteurs. C'est ce que l'on appelle la stimulation hétérotopique. Si deux stimulations nociceptives se déclenchent sur deux territoires différents, la plus intense va inhiber la plus faible. Cela explique qu'une douleur peut masquer une autre douleur (26).

Ces CIDN font partie d'une boucle spino-bulbo-spinale. Ils sont intégrés dans le tronc cérébral et agissent via des voies descendantes grâce à des neurotransmetteurs sérotoninergiques (26).

iv. Les contrôles issus des structures cérébrales

Différentes aires du cortex et du système limbique modulent les douleurs (27,29). En l'état actuel des connaissances, ces modifications sont encore difficiles à comprendre.

3) Quid de la douleur chronique ?

Les mécanismes en cause dans la physiopathologie des douleurs chroniques ne sont pas encore bien élucidés et font toujours l'objet de recherches.

La chronicisation des douleurs entraîne des modifications sur les systèmes douloureux via l'une des propriétés fondamentales du système nerveux : la neuroplasticité (27). Cette sensibilisation des systèmes de la douleur se fait à différents niveaux du système nerveux :

- En périphérie, les molécules de la « soupe inflammatoire » diminuent le seuil d'activation des nocicepteurs et exacerbent l'activité électrique des neurones (27) en impliquant le NGF (Nerve Growth Factor) (28).

- Au niveau spinal, le glutamate agit sur les récepteurs NMDA (27) impliqués dans la neuroplasticité de la moelle épinière (28) et les cellules gliales libèrent des neuromédiateurs induisant une activation neuronale (29). Il existe aussi une diminution des systèmes de contrôle segmentaire inhibiteur (29).
- Au niveau supra-spinal, la chronicisation des douleurs induit des modifications structurelles et fonctionnelles de la matrice douleur avec une majoration de la participation du système limbique (28).

4) Apports des études de neurophysiologie dans la douleur chronique

Les premières études de neuro-imagerie datent des années 1990 (30). Elles se basent sur l'utilisation de :

- La tomographie par émission de positons (TEP) : elle utilise de l'eau marquée à l'oxygène.
- L'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) : elle utilise le signal BOLD (Blood Oxygenated Level Dependent) qui dépend du taux d'oxygénation et de désoxygénation de l'hémoglobine.

Ces techniques permettent de faire une cartographie des variations du débit sanguin cérébral et de déterminer l'activation de certaines zones cérébrales lors de douleurs aiguës (30,31) : les zones de la matrice douleur (31,32) (figure 5).

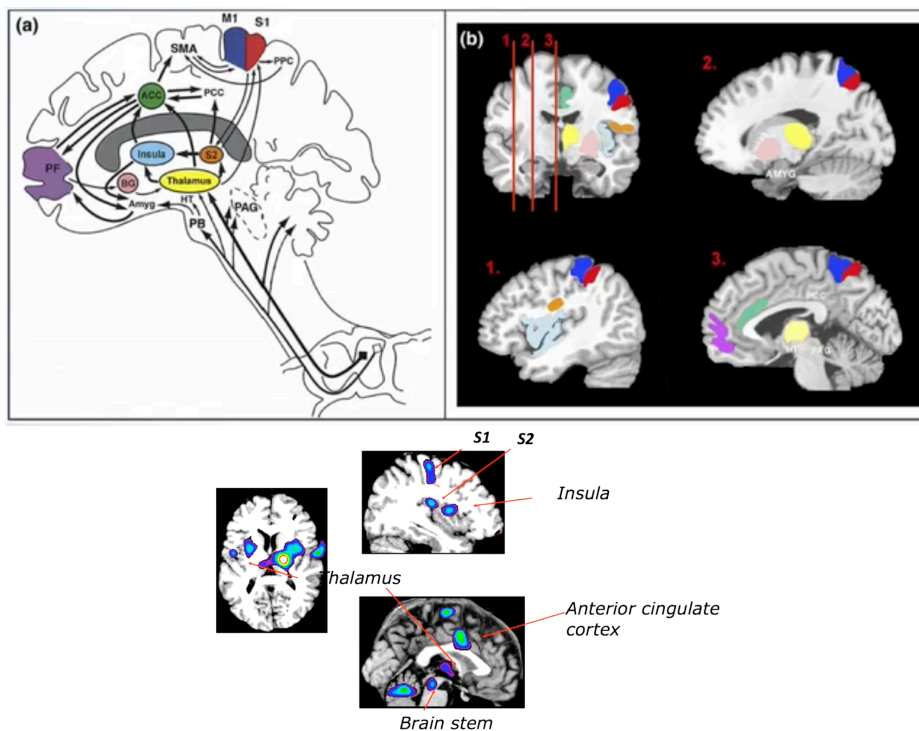


Figure 5 : Activation cérébrale de la douleur. Diapositives tirées d'une conférence de P.Rainville (32)

D'autres études ont montré, grâce à l'imagerie fonctionnelle, l'implication des processus cognitifs et émotionnels sur l'activation de certaines zones cérébrales (30) jouant notamment un rôle dans les douleurs chroniques.

Des modifications fonctionnelles et structurelles ont également été mises en évidence dans la douleur chronique (33). Certaines pathologies, comme le syndrome de l'intestin irritable ou la fibromyalgie, ont bénéficié des études de neuro-imagerie pour mieux comprendre leur physiopathologie (30).

Les études de neuro-imagerie ont été accompagnées d'études électrophysiologiques ayant une meilleure résolution temporelle pour compléter la cartographie cérébrale. Différentes techniques ont été utilisées : potentiels évoqués laser, électroencéphalogramme, magnétoencéphalographie et enregistrements issus d'électrodes implantées chez des sujets épileptiques (31,34).

D) Épidémiologie

L'étude STOPNET (1) réalisée en 2004 s'est basée sur plus de 23 000 réponses à un questionnaire. Elle a évalué la prévalence des douleurs chroniques à 31,7% en France. La prévalence est de 19,9% si on se concentre sur les douleurs modérées à sévères soit une personne sur cinq. Les douleurs neuropathiques concernent quasiment 7% de la population. On retrouve des données semblables en Europe et aux Etats-Unis (35,36).

Dans la National Health and Wellness Survey (NHWS) réalisée en 2010 (37), les douleurs rachidiennes étaient présentes chez 67% des répondants ce qui en fait la principale cause de douleurs.

La prévalence des douleurs chroniques augmente avec l'âge et touche plus les femmes (60%) et les catégories socioprofessionnelles moins favorisées (1,37). Ces résultats sont d'autant plus significatifs lorsqu'il s'agit de douleurs sévères (37).

Plusieurs autres facteurs jouent un rôle dans le développement, le maintien, l'aggravation ou encore le retentissement des douleurs chroniques (3,34–36). Il semble exister des prédispositions génétiques influant sur le niveau de base ressenti de la douleur. L'hygiène de vie joue aussi un rôle. En effet, les personnes ayant un IMC plus bas, une activité physique plus importante et qui ne fument pas ont significativement moins de douleurs. Les personnes ayant des comorbidités sont plus susceptibles d'avoir des douleurs chroniques. Leur principal facteur de risque est la présence d'un autre site de douleur. Les troubles du sommeil et l'anxiété sont aussi des comorbidités fréquentes. On peut aussi noter que les patients ayant eu un cancer et ceux présentant des troubles neurologiques sont plus souvent sujets aux douleurs chroniques. La présence de traumatismes émotionnels et/ou physiques dans le passé peut également être retrouvée dans l'histoire du patient.

L'attitude et les croyances face aux douleurs jouent également un rôle sur leur retentissement. Des stratégies de *coping* passives¹ augmentent le risque de persistance de la douleur et de handicap.

La douleur chronique est donc une maladie multifactorielle (38). Certains des facteurs de risque impliqués sont modifiables. Les connaître est essentiel pour essayer de prévenir l'apparition de ces douleurs chroniques (3,38).

¹ Stratégie de *coping* : de l'anglais *to cope* (faire face). En psychologie : stratégie développée par l'individu pour faire face au stress. Définition du *Larousse*.

Coping passif : ce coping est basé sur les émotions et fait notamment intervenir des stratégies d'évitement et de fuite (Lazarus et Folkman, 1984) (40).

E) Le retentissement des douleurs chroniques : un enjeu de santé publique

Cette forte prévalence fait de la douleur chronique la première cause de handicap dans le monde d'après l'étude du Global Burden of Disease de 2016 (38). 65% des patients ayant des douleurs chroniques ont moins de 60 ans (41). Les douleurs chroniques surviennent donc en grande partie chez des personnes qui sont en activité. Cela explique leur retentissement et la perte du statut de la personne dans la société (3,41).

On estime entre 25 et 50% la proportion de patients qui voient leurs activités quotidiennes impactées par les douleurs chroniques. Cela concerne entre autres l'activité physique et les activités sociales. (41,42).

Ces douleurs impactent aussi la vie familiale et sont à l'origine de séparations, d'infantilisation et de rejet (41).

Les douleurs ont un retentissement sur l'emploi. Les arrêts de travail sont cinq fois plus fréquents que dans la population générale (41). Dans une étude européenne, 19% des individus avaient perdu leur travail et 13% avaient dû en changer à cause des douleurs (36). Pour plus de 40% des patients, les douleurs évoluent depuis au moins 3 ans (1). Cela peut expliquer le fait que 5% des personnes ayant des douleurs chroniques ont un arrêt longue maladie (14) ou qu'ils sont mis en invalidité (41).

Les douleurs chroniques ont également un retentissement psychologique fort (37). L'étude européenne menée par Breivik et al. (36) a montré que 21% des personnes avaient eu un diagnostic de dépression posé à cause de leurs douleurs. L'enquête européenne PainSTORY réalisée en 2009 a relevé que 44% des patients déclaraient se sentir seuls dans leur combat face à la douleur (42).

La douleur a des conséquences sur la société (14,41). Elle représente un surcoût annuel évalué à plus d'un milliard d'euros qui peut être expliqué par :

- Les soins liés aux douleurs chroniques. L'étude française ECONEP retrouve un coût moyen par patient et par an de plus de 30 000 euros entre les hospitalisations, le recours aux traitements médicamenteux et non médicamenteux et les examens complémentaires. Une personne ayant des douleurs chroniques consulte en moyenne 10 fois le médecin généraliste et 4 fois un spécialiste sur une année.
- Le retentissement sur le monde du travail. Presque la moitié des patients ayant des douleurs chroniques ont une durée cumulée d'environ 4 mois d'arrêt de travail sur l'année.

Pour répondre aux conséquences des douleurs chroniques sur la société et mieux prendre en charge les patients, trois plans nationaux français de lutte contre la douleur se sont succédés de 1998 à 2010 (3,14,41). Ils ont notamment permis la création de plus de 250 structures spécialisées douleurs chroniques (SDC) et d'un centre national de ressources de lutte contre la douleur (CNRD), la formation des professionnels de santé ou encore l'amélioration de la prise en charge des personnes vulnérables.

Cependant, ces dispositifs ont eu leurs limites et le rapport d'évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 du Haut Conseil de la Santé

Publique (HCSP) a conclu qu'il fallait « *sortir d'une prise en charge hospitalo-centrée, pour une offre et une organisation de qualité à l'hôpital et en ville, avec une meilleure structuration de l'offre de soins, notamment en milieu de ville* » (3). Cela place le médecin généraliste comme l'un des acteurs principaux de la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques.

Pour autant, aucun autre plan n'a été mis en place depuis ces conclusions. C'est dans cet objectif que la Haute Autorité de Santé (HAS), associée à la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) et au Collège de la Médecine Générale (CMG) a publié en janvier 2023 un nouveau guide *Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique* (3).

F) Prendre en charge un patient ayant des douleurs chroniques

On estime qu'en Europe, un tiers des personnes souffrant de douleurs chroniques ne seraient pas traitées et que la moitié le serait de manière inadaptée (36). Ces chiffres font écho aux conséquences individuelles et sociétales des douleurs chroniques. Car plus que la douleur, c'est l'individu qu'il faut traiter. L'IASP nous rappelle : « *Assess the person, not just the pain.* »

1) Évaluer et orienter

Il est essentiel d'évaluer la douleur afin d'en connaître (43) :

- La localisation grâce à un schéma donnant la topographie des zones douloureuses.
- La nature grâce à une liste d'adjectifs sensoriels et affectifs descriptifs de la douleur. Le Questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine (QDSA) en est une version abrégée.
- L'intensité via des échelles d'autoévaluation permettant au patient lui-même d'évaluer sa douleur (Échelle Visuelle Analogique (EVA), échelle numérique). Il existe aussi des échelles d'hétéroévaluation pour les personnes ne pouvant pas communiquer aisément (Evendol, Algoplus, Doloplus) (44) .
- Le retentissement : l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) pour évaluer le retentissement émotionnel, l'échelle de retentissement de la douleur sur le comportement quotidien.

Le Brief Pain Inventory (BPI) est un outil d'auto-évaluation permettant de regrouper plusieurs des dimensions citées (45).

Pour déterminer l'étiologie des douleurs, le médecin généraliste peut notamment prescrire des examens complémentaires ou demander des avis spécialisés (3). Il peut aussi s'aider de certaines grilles d'évaluation comme le questionnaire de la Douleur Neuropathique en quatre points (DN4) pour le diagnostic des douleurs neuropathiques ou le Fibromyalgia Rapid Scening Tool (FiRST) pour la fibromyalgie (44).

Le médecin généraliste a un rôle de prescripteur mais aussi de coordinateur des soins et peut orienter le patient vers des SDC (3). La complexité des douleurs implique la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire avec la collaboration de professionnels de santé en ville et parfois à l'hôpital (3).

2) Traitements médicamenteux

Les antalgiques sont les médicaments les plus vendus en France (14). Il existe un large éventail de traitements qui peuvent être prescrits en fonction des types de douleurs et de leur intensité. Ils peuvent parfois être associés.

On parle d'antalgiques conventionnels pour les antalgiques classés en trois paliers par l'OMS (14) :

- Les antalgiques de palier I non opioïdes : le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et le néfopam.
- Les antalgiques de palier II opioïdes faibles : la codéine, la poudre d'opium et le tramadol.
- Les antalgiques de palier III opioïdes forts : la morphine, l'hydromorphone, l'oxycodone, le fentanyl, la méthadone, la buprénorphine, la nalbuphine.

Il existe d'autres antalgiques dits adjuvants qui peuvent être utilisés dans diverses situations cliniques notamment (14) :

- Les antidépresseurs tricycliques, les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la sérotonine et de la noradrénaline et les antiépileptiques sont fréquemment prescrits en cas de douleurs neuropathiques.
- Les anesthésiques locaux en topique ou en injection (lidocaïne, ropivacaïne).
- La capsaïcine en patch pour les douleurs localisées.
- Les antagonistes des récepteurs NMDA (la kétamine), la toxine botulique, les myorelaxants non benzodiazépiniques, les antispasmodiques, le baclofène, les corticoïdes, le ziconotide par voie intrathécale, les gaz analgésiques, les triptans, ...

Il faut être vigilants et réévaluer régulièrement les traitements que nous prescrivons et leur balance bénéfice-risque. En effet, les antalgiques ont des effets indésirables fréquents et parfois graves pouvant entraîner le décès. Dans l'enquête PainSTORY, la moitié des patients inclus et prenant des médicaments sur prescription avaient des troubles digestifs (42).

Même si nous ne sommes pas encore arrivés à la situation des Etats-Unis où plus de 70 000 personnes sont décédées d'un surdosage en opioïdes en 2020 (46), leur mésusage augmente en France depuis plusieurs années. Entre 2000 et 2015, il y a eu une augmentation du nombre d'hospitalisations liées à la consommation d'opioïdes de 167% et du nombre de décès de 146% (47).

3) Traitements non médicamenteux

Les traitements non médicamenteux sont de plus en plus plébiscités par les patients. Ces traitements visent à soulager la douleur mais aussi leur retentissement.

Il existe des techniques interventionnelles non médicamenteuses comme la neuromodulation par stimulation médullaire (14). D'autres traitements corporels moins invasifs sont disponibles comme la kinésithérapie, l'activité physique adaptée, le TENS, l'ostéopathie ou encore l'acupuncture ou le taïchi (48).

Les psychothérapies ont une part importante dans l'accompagnement des patients ayant des douleurs chroniques. Différentes techniques peuvent être utilisées : la psychothérapie analytique, les thérapies cognitivo-comportementales mais aussi la méditation en pleine conscience (14,48).

L'éducation thérapeutique est essentielle à la prise en charge des maladies chroniques. Elle peut se faire de manière individuelle ou en groupe. Les associations de patients ont une place importante dans ces programmes (14,48).

Les traitements psychocorporels peuvent également être proposés aux patients : l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), le yoga, art-thérapie, la relaxation et l'hypnose en sont des exemples (48).

Une grande partie de ces traitements sont disponibles dans les SDC. Cependant, tous les patients ne peuvent pas avoir accès à ces structures. Ils se tournent alors vers des cabinets de ville où ces thérapies ne sont pas toujours encadrées. L'un de nos rôles en tant que médecin généraliste est également de savoir comment protéger les patients et les orienter vers des professionnels certifiés, compétents et bienveillants (48).

L'hypnose est un modèle exemplaire de thérapie non conventionnelle utilisée dans la prise en charge de la douleur mais dont l'exercice n'est pas encadré (49).

II. L'hypnose

A) Définition

L'hypnose fait partie d'un ensemble de techniques appelées thérapies brèves au même titre que l'EMDR, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ou la programmation neurolinguistique (PNL).

Étymologiquement, le mot hypnose vient du grec *hupnos* signifiant « sommeil ». On y trouve la notion d'état de conscience modifié qui a longtemps été assimilé à un état de sommeil (50).

Il n'existe pas de définition consensuelle à l'hypnose. La plus communément retenue est celle de l'American Psychological Association (APA) : « *un état de conscience impliquant une attention focalisée et une perception moins importante périphérique, caractérisé par une capacité accrue de réponse aux suggestions formulées* (51). »

Pour certains, le lien existant entre le patient et l'hypnothérapeute est essentiel à intégrer. Antoine Bioy, docteur en psychologie, définit l'hypnose comme « *un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi* (50,52). »

B) Grands principes en hypnose

Tout le monde n'a pas la même capacité à entrer en hypnose : c'est le principe d'hypnotisabilité. Les outils proposés à l'heure actuelle pour la mesurer sont les échelles de Stanford qui se basent sur la suggestibilité des personnes. Elle semble être un trait indépendant de la personnalité des individus (50).

La transe hypnotique est un état induit de manière intentionnelle à la différence de la transe naturelle qui est un état physiologique spontané et assimilé à de la rêverie (53).

Il existe différentes techniques en hypnose (50). On peut citer :

- L'hypnose classique : elle se base sur des inductions rapides et utilise des suggestions directes. Cette technique est aujourd'hui surtout utilisée dans l'hypnose de spectacle.
- L'hypnose ericksonienne : elle est centrée sur le patient et utilise des suggestions plus indirectes pour faire appel aux expériences ressources de l'individu. C'est la technique la plus utilisée dans l'hypnose thérapeutique.
- L'hypnoanalyse : c'est une forme de psychanalyse qui utilise des techniques hypnotiques.

L'hypnose ericksonienne est dite formelle lorsqu'elle est utilisée pendant une séance d'hypnose. La construction des séances se découpe souvent de façon similaire (50,53) :

- L'induction hypnotique : elle consiste à focaliser le patient sur une perception sensorielle et à le déconnecter de ce qui l'entoure. Elle est accompagnée de suggestions de relaxation et de confort. Elle permet d'arriver à un état de dissociation de la conscience.
- L'approfondissement de la transe et le travail hypnotique : le patient entre dans une perception sensorielle plus large. L'hypnothérapeute utilise des techniques comme les métaphores, la confusion, les suggestions pour mobiliser les ressources internes du patient. Cela lui permet de développer des stratégies de coping pour faire face à son problème.
- Le retour à l'état de conscience ordinaire ou réassociation. Ce retour est souvent accompagné de suggestions post-hypnotiques permettant au patient de poursuivre son travail au-delà de la séance.

L'hypnose ericksonienne peut aussi être conversationnelle. Elle utilise les mêmes techniques de communication sans qu'il y ait d'induction hypnotique (53).

Il est possible pour le patient d'induire lui-même cet état de transe hypnotique par la pratique de l'**autohypnose**. Cette technique doit s'apprendre auprès d'un thérapeute. Elle peut se baser sur la reproduction d'exercices déjà menés en séances mais aussi sur de nouveaux. Certains praticiens proposent des enregistrements audios facilitant pour certains patients son application (50,54). L'autohypnose permet au patient de s'autonomiser et de pouvoir utiliser l'hypnose lorsqu'il en ressent le besoin (50).

C) Un peu d'histoire

Les états modifiés de conscience sont utilisés depuis plusieurs millénaires par de nombreuses civilisations. Cette modification de la conscience revêt un caractère religieux avec les prêtres de l'antiquité, les druides, les chamans, dans la culture hindoue ou avec l'utilisation de la sorcellerie (55). Mais elle est aussi depuis tout temps la source de pratiques thérapeutiques comme dans la médecine égyptienne, romaine ou chinoise (52).

L'histoire moderne de l'hypnose débute au XVIII^{ème} siècle avec Franz-Anton Mesmer (1734-1815), médecin allemand ayant vécu à Paris. Il pose l'hypothèse de l'existence d'un fluide universel pouvant être modifié pour traiter des pathologies notamment « nerveuses ». Il induit un état assimilé à du sommeil pour rééquilibrer ce fluide par des mouvements de mains et des suggestions. Le thérapeute joue un rôle central dans ce phénomène appelé

magnétisme animal ou mesmérisme. Sa technique est également utilisée pour l'anesthésie : c'est le sommeil magnétique. (52,55).

L'un de ses élèves, le marquis de Chastenet de Puysegur (1751-1825) identifie le phénomène de transe associé à l'hypnose. Il fait apparaître l'idée que le thérapeute n'est qu'un vecteur et que le travail de guérison se fait par le patient (55).

Le moine De Faria (1756-1819) émet l'hypothèse que le changement opéré chez les patients ne vient pas d'un fluide externe mais de la relation entre le médecin et le malade (55).

En 1819, Etienne Félix de Cuvilliers (1755-1841) utilise pour la première fois le mot « hypnotisme ». Ce terme est popularisé par le chirurgien écossais James Braid (1795-1860). Celui-ci démontre que l'état de conscience modifié peut être induit par la fixation d'un objet brillant puis par la simple utilisation de suggestions verbales. Cette technique de « sommeil nerveux » est largement utilisée en chirurgie mais peu à peu abandonnée avec l'apparition du chloroforme et de l'éther (52,55).

On retrouve l'hypnose à la fin du XIX^{ème} siècle dans le domaine de la psychiatrie. A cette époque deux écoles s'opposent. A la Salpêtrière à Paris, le neurologue Jean-Martin Charcot (1825-1893) considère l'hypnose comme un état pathologique proche de l'hystérie. A Nancy, Ambroise-Auguste Liébeault (1823-1904) et son élève Hippolyte Bernheim (1840-1919) démontrent que l'hypnose est un phénomène naturel et que c'est la suggestion, à l'époque directive, qui guérit le patient (52,55).

Sigmund Freud (1856-1939) est un contemporain de ces deux écoles et étudie l'hypnose auprès de Charcot et Bernheim. Il délaisse l'hypnose qui pour lui ne permet pas de dénouer les conflits psychiques profonds des individus et crée la psychanalyse (52,55).

Pierre Janet (1859-1947), élève de Charcot, définit la dissociation psychique associée aux phénomènes hypnotiques. Cela ouvre notamment la porte à la prise en charge des traumatismes. La pratique de l'hypnose disparaît ensuite progressivement (52).

Les thérapies brèves apparaissent à la fin de la seconde guerre mondiale. Le psychiatre américain Milton Hyland Erickson (1901-1980) réintroduit l'hypnose dans les domaines des psychothérapies et du somatique notamment dans la prise en charge des douleurs. Atteint de la poliomyélite dans l'enfance, il développe des compétences d'observation hors du commun. Pour Erickson, l'inconscient est une ressource pour le patient. Il est possible de l'interroger par des métaphores et des suggestions indirectes afin de favoriser les processus de changement et trouver des solutions (52,55,56).

En France, Léon Chertok (1911-1991), psychiatre et psychanalyste, remet l'hypnose au cœur de la médecine du corps en faisant le lien avec les pathologies dites psychosomatiques (57).

Depuis les années 1990, la recherche en neurosciences fait évoluer les connaissances sur l'hypnose et son utilisation revient progressivement dans la médecine actuelle.

D) Hypnose thérapeutique : applications de l'hypnose en médecine

L'hypnose peut être employée dans de nombreux champs cliniques et présente peu de contre-indications. Elle agit sur la façon dont l'individu perçoit ses troubles et son corps et peut diminuer certains symptômes (50).

- ❖ **L'hypnoalgésie**, c'est-à-dire l'emploi de l'hypnose dans la prise en charge des douleurs, est l'une des indications la plus connue et utilisée.
 - Dans les douleurs chroniques.
 - Dans les douleurs aiguës.
 - Dans les douleurs liées aux soins. L'Académie Nationale de Médecine reconnaît l'utilisation de l'hypnose dans les gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent (58). Les techniques d'hypnosédation peuvent être utilisées lors de chirurgie et ont montré leur efficacité et la satisfaction des patients dans différentes études (59,60).

- ❖ La psychiatrie est l'autre grand domaine d'intérêt en hypnose.
 - **L'hypnothérapie** peut être employée dans différentes pathologies (50) comme les troubles anxieux, les épisodes dépressifs caractérisés ou les troubles de la dépendance.
 - C'est également une ressource thérapeutique pour traiter les troubles du sommeil et en cas d'antécédent de traumatisme (50).

- ❖ Autres indications :
 - L'hypnose peut être utilisée dans les spécialités d'organe pour gérer des symptômes majorés par l'anxiété ou le stress (50) comme les acouphènes ou dans le syndrome de l'intestin irritable.
 - Elle est également profitable dans les soins dentaires et dans le domaine de l'obstétrique (50).
 - La pratique de l'hypnose présente aussi un intérêt dans l'accompagnement des patients en soins palliatifs (50).
 - L'utilisation de l'hypnose est particulièrement adaptée à la pédiatrie, les enfants ayant une imagination bien plus développée que les adultes (50). Elle peut, entre autres, être utilisée dans les troubles de l'attention ou les troubles de l'attachement.

- ❖ Contre-indications :
 - La psychose en phase aiguë, les troubles dissociatifs, la dépression mélancolique et les états paranoïaques sont les seules contre-indications à l'utilisation de l'hypnose thérapeutique surtout quand elle est utilisée par des praticiens qui ne sont pas habitués à ces pathologies. L'état psychotique peut être aggravé par la dissociation sur laquelle se base l'hypnose (50,52,53,61).
 - Comme pour toute thérapeutique, l'utilisation de l'hypnose nécessite une formation appropriée et de ne pas dépasser son cadre de compétences (53).

E) Formation et exercice professionnel

En France, l'hypnose fait partie des soins non conventionnels aussi appelés médecines alternatives, médecines complémentaires ou médecines douces comme l'ostéopathie, l'acupuncture ou encore la sophrologie (62).

Le seul acte reconnu par la CCAM (Codage des Actes Médicaux) est l'hypnose à visée antalgique mais il n'y a pas de rémunération attachée à son utilisation (63). L'hypnose n'est pas reconnue par l'ordre des médecins (49), le statut d'hypnothérapeute non plus et il n'existe aucune réglementation médico-légale encadrant son exercice (53).

L'absence de réglementation fait qu'il est difficile de trouver des chiffres sur le nombre d'hypnothérapeutes en France. Ils ne dépendent d'aucun organisme et il existe un grand nombre de centres de formations plus ou moins qualifiés qui ne sont pas contrôlés.

Certaines associations proposent des formations en hypnose réservées aux professionnels de santé (professions médicales, paramédicales et psychologues). Parmi elles, on peut citer l'Institut Français d'Hypnose ou les Instituts Milton H. Erickson. Ces derniers sont membres de la Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapie Brève (CFHTB) (53) qui porte plusieurs revendications notamment l'harmonisation de la formation en hypnose, une réflexion éthique autour de sa pratique et le développement de la recherche.

A Rouen, la formation en hypnose est assurée par l'Institut Milton H. Erickson de Normandie (IMHEN).

Il existe également de plus en plus de Diplômes Universitaires (DU) d'hypnose proposés par les facultés de médecine.

F) Hypnose et douleurs chroniques

1) Généralités

Comme nous l'avons vu, l'histoire de l'hypnose thérapeutique est liée au développement des psychothérapies et de l'anesthésie. La prise en charge de la douleur a donc été l'un des premiers objectifs de l'hypnose moderne (64).

Depuis plusieurs décennies, la communauté scientifique se réintéresse à la question de l'hypnose. Ce regain d'intérêt a débuté avec des études neuroscientifiques puis des essais cliniques ont commencé à se développer et à être publiés (65).

L'hypnose est désormais reconnue comme étant utile dans la prise en charge de certaines douleurs chroniques. Son utilisation se développe et de nombreuses SDC l'ont intégrée à leur arsenal thérapeutique en parallèle des thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses (66).

L'hypnose a une utilité double : elle agit sur la douleur à proprement parler grâce à ses propriétés analgésiques et sur les conséquences de celle-ci sur l'individu (66).

2) Études de neuro-imagerie en hypnose

Les avancées faites en neuro-imagerie n'ont pas profité qu'à la compréhension des mécanismes physiologiques liés à la douleur et à certaines pathologies. Elles ont aussi permis de mieux comprendre comment agissent certains médicaments ou les neuromodulations cérébrales (31,34). C'est également grâce à ces techniques que la part subjective de la douleur a pu être validée (32). Les approches jouant sur le psychisme comme les thérapies cognitivo-comportementales, l'effet placebo et l'hypnose ont alors pu être étudiées (34).

Dès les années 90, les équipes de Pierre Rainville à Montréal et celles de Marie-Elisabeth Faymonville à Liège ont été prépondérantes dans les recherches en neuro-imagerie sur l'état hypnotique et l'effet de l'hypnose sur la douleur. Ils ont montré que l'hypnose est un état modifié de conscience à part entière (32,57,67-69). L'étude de Pierre Maquet et M.E Faymonville de 1999 (70) a montré par exemple que lorsqu'une personne se remémore un souvenir, elle active principalement ses lobes temporaux. En revanche, si la personne est dans un état hypnotique, elle active ses lobes pariétaux, occipitaux et préfrontaux comme si elle vivait le moment (figure 6). D'autres études ont suivi et ont démontré, par l'activation et l'inactivation de certaines aires cérébrales, cette aptitude en hypnose à vivre des expériences internes et à se détacher du monde extérieur (57).

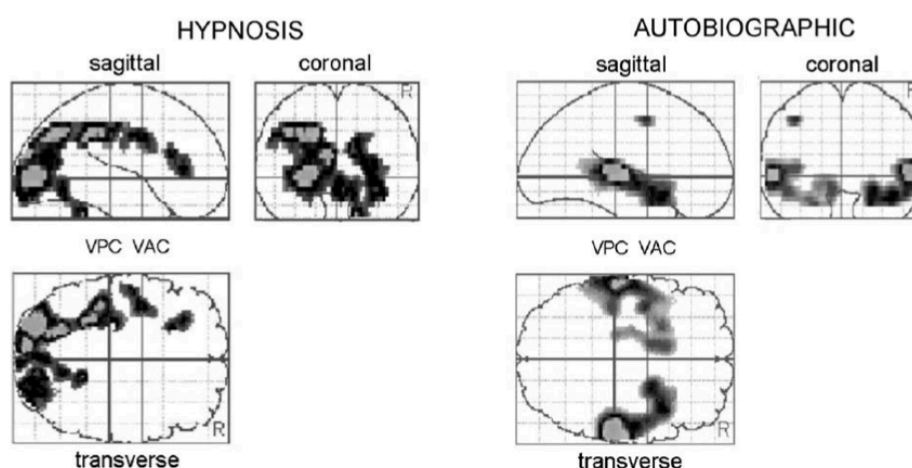


Figure 6 : Étude en TEP des aires cérébrales activées en hypnose vs lors d'un souvenir par Maquet et al. (70) et Faymonville et al. (71)

Plusieurs études ont montré que l'analgésie hypnotique réduit le caractère désagréable et l'intensité de la douleur en activant certaines régions cérébrales après un stimulus douloureux (69,72).

Certains mécanismes ont été mis en évidence (68,69,72,73) :

- Il y a une activation du thalamus, du cortex cingulaire antérieur, de l'insula, du cortex préfrontal, du tronc cérébral.
- Il y a une diminution de l'activité des aires somesthésiques, du gyrus cingulaire moyen, du cortex visuel.

Même si l'hypnose agit en partie sur la composante sensori-discriminative, on voit qu'elle agit principalement sur le système cortico-limbique dans les études de neuro-imagerie. Cela montre son implication sur la composante émotionnelle de la douleur et l'importance de cette composante sur le ressenti de la douleur (73).

3) Revue de littérature et méta-analyses : quelques exemples d'études menées en hypnose

En 2015, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) a publié un rapport basé sur les études menées par l'organisation Cochrane évaluant l'efficacité de la pratique de l'hypnose. Le syndrome de l'intestin irritable et l'anesthésie per-opératoire sont les seules indications qui ont été retenues (49).

D'autres études n'ont pas été relevées dans ce rapport par manque d'effectif ou parce que leur qualité n'était pas considérée comme suffisante. Cependant, de nombreuses études ont été publiées depuis les années 90 (73). L'étude d'Haanen et al. menée en 1991 sur 40 patients fibromyalgiques a montré un effet bénéfique de l'hypnose par rapport à la kinésithérapie (74). On peut aussi citer l'étude de Tan et al. qui a trouvé un bénéfice de l'hypnose par rapport au biofeedback sur l'intensité de la douleur ressentie chez des patients ayant des douleurs lombaires chroniques (75).

Plus récemment, une revue de la littérature concernant l'utilisation de l'hypnose dans les douleurs chroniques neuropathiques a été réalisée par McKittrick et al (76). Cette revue a inclus neuf études dont six essais cliniques randomisés qui montraient une amélioration significative de la douleur et de la qualité de vie. Cependant, la revue met en évidence des faiblesses méthodologiques à cause de l'absence d'intervention contrôle systématique conduisant à un faible niveau de preuve. Elle conclut à des résultats encourageants nécessitant d'être complétés par d'autres études.

En 2022, une méta-analyse conduite par Langlois et al. (77) a enregistré neuf essais contrôlés randomisés pour 530 patients. Elle a montré un bénéfice de l'hypnose dans la gestion de l'intensité de la douleur et son retentissement dans les activités quotidiennes chez des patients ayant des douleurs chroniques musculosquelettiques ou neuropathiques. Cependant les auteurs attirent notre attention sur les biais des essais inclus, leur hétérogénéité et l'absence de preuve de bénéfice de l'hypnose sur le long terme.

Les études quantitatives ont leurs limites pour évaluer l'efficacité des pratiques hypnotiques dans la douleur chronique. En effet, l'action de l'hypnose ne se limite pas dans cette indication à la douleur en elle-même. Elle intervient également sur le vécu de la douleur et ses conséquences psychosociales.

Dans son rapport de 2015, l'INSERM explicite l'intérêt de recueillir des données subjectives aux vues des bénéfices attendus de l'hypnose. Il conclut sur l'intérêt de mener des études qualitatives pour recueillir le vécu des patients vis-à-vis de cette technique (49).

III. Origine et intérêt de l'étude

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, le médecin généraliste a une place centrale dans la prise en charge des patients douloureux chroniques. Il est souvent le premier interlocuteur, évalue le patient dans son environnement, traite et coordonne les soins (3,14).

En tant qu'interne puis maintenant en tant que médecin généraliste remplaçant, je suis régulièrement confrontée à la question des douleurs chroniques et je me retrouve parfois dans une impasse. Comment soulager un patient douloureux en ayant une utilisation raisonnée des traitements médicamenteux ou lorsqu'ils montrent leurs limites ? Comment prévenir le retentissement de ces douleurs ? Comment apporter un bien-être chez des patients en souffrance ? C'est ici que les thérapies non médicamenteuses, et parfois non conventionnelles comme l'hypnose, peuvent trouver leur place.

J'ai découvert l'hypnose pendant mon internat auprès du Docteur Seigneur, l'un de mes anciens maîtres de stage et directeur de cette thèse. Je n'avais aucune notion de ce qu'était l'hypnose ; sauf peut-être celle véhiculée dans les médias, loin de la bienveillance attendue d'un médecin. J'ai découvert comment se déroulait le soin en hypnose, les réactions des patients et les émotions qu'ils pouvaient faire transparaître, les thèmes qui étaient abordés. J'ai aussi pu voir comment certaines techniques communicationnelles utilisées en hypnose pouvaient être utilisées dans les consultations de médecine générale. Ces différents points m'ont fait m'interroger sur mon rapport aux traitements que l'on propose aux patients et leurs objectifs et ont nourri ma pratique actuelle.

Il existe déjà de nombreuses études concernant l'hypnose et les douleurs chroniques et plusieurs thèses ont déjà traité de ce sujet. Cependant ces thèses rapportaient des données quantitatives (78,79) ou étaient réalisées dans des centres spécialisés de 3^{ème} niveau dans des indications bien précises (80). Il paraissait important d'étudier cette question avec un profil de patients que l'on peut rencontrer en médecine générale.

C'est dans cette démarche que nous avons réalisé cette étude. L'objectif principal était de recueillir le vécu de l'accompagnement en hypnose chez des patients ayant des douleurs chroniques.

Les objectifs secondaires étaient :

- Explorer les facteurs d'adhésion et les freins des patients à l'utilisation de l'hypnose dans les douleurs chroniques.
- Étudier l'utilisation de l'autohypnose dans le quotidien.
- Trouver des pistes d'amélioration à cette prise en charge à partir du vécu des patients.

Matériel et Méthodes

I. Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative car c'était la méthode la plus adaptée à notre question de départ (81). Les études qualitatives n'ont pas pour but de mesurer ou de quantifier des données. Elles s'inscrivent dans une démarche inductive dont l'objectif est de décrire et d'interpréter. Elles sont particulièrement adaptées à la médecine générale car elles sont, comme elle, centrées sur la personne.

Notre question de recherche s'attachant au vécu d'un phénomène commun par des patients, nous avons choisi de nous inspirer de l'**analyse interprétative phénoménologique**. Cette méthode nous a permis de recueillir l'expérience des participants avec leurs mots et leur subjectivité.

Tout au long de cette recherche, nous avons choisi de travailler avec un journal de bord (81) dont les extraits d'intérêt sont présentés en annexe 6. Ce journal a été un outil de réflexion et de réflexivité, une base de discussion avec le directeur de thèse sur l'évolution des différents axes de travail, une aide à la rédaction et le garant de l'authenticité de la recherche. Il a été rédigé sur OneNote® puis retranscrit sur Word® dans un souci de format.

La qualité de la méthodologie a été vérifiée via les critères de la grille COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) présentée en annexe 2 (82).

Le projet de thèse a été soumis à la commission facultaire du département de médecine générale. À la suite de celui-ci, un avis a été demandé à la maison de la recherche clinique du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Rouen afin de statuer sur la qualification de ce projet. Le Comité de Qualification des Projets de recherche l'a classée **hors loi Jardé** au titre d'étude « visant à réaliser des expérimentations en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé ». La commission facultaire a déclaré que dans ce cas, un comité d'éthique n'était pas nécessaire.

Une demande a ensuite été envoyée au délégué de la protection des données de l'Université de Rouen. Le projet a été inscrit sous le numéro CMP_UFRSANTE_20220823_01_DN au registre des activités de traitement de l'Université pour la protection des données. Cette inscription s'est faite avant de débiter le recrutement des patients.

II. Population

A) Échantillonnage

Ayant choisi de nous inspirer de l'analyse interprétative phénoménologique, nous avons réalisé un échantillonnage raisonné homogène (81). L'objectif n'était pas d'avoir un échantillon représentatif de la population mais de recruter des patients ayant vécu une expérience commune : avoir eu recours à l'hypnose pour des douleurs chroniques.

Les critères de diversité ont été recherchés au fur-et-à-mesure des entretiens, c'est pour cela que l'on parle d'échantillonnage raisonné. Nous avons fait varier les participants en fonction de leur âge, de leur genre, du type de douleurs ressenties, de l'hypnothérapeute et son mode d'exercice et de l'adhésion à la technique de l'hypnose (83). Ces caractéristiques sont décrites dans la partie résultats.

Les critères d'inclusions étaient d'avoir un diagnostic de douleurs chroniques et d'avoir fait au moins une séance d'hypnose en rapport avec ces douleurs.

Les patients mineurs étaient exclus de l'étude.

B) Recrutement

Dans un premier temps, nous avons contacté l'IMHEN afin de leur demander de transmettre à leur réseau une fiche d'information. L'une des formatrices de l'IMHEN nous a proposé de rencontrer l'équipe du CETD de Rouen dont elle fait partie.

Le réseau du directeur de thèse a été sollicité pour contacter des hypnothérapeutes. Des contacts ont également été pris par le biais d'internet ou de connaissances.

Les hypnothérapeutes ont été contactés par téléphone ou par e-mail. Nous leur avons donné des explications concernant le projet de thèse et le mode de recrutement des patients et leur avons transmis nos coordonnées afin de leur permettre d'échanger avec nous.

Les hypnothérapeutes ayant accepté de participer à l'étude ont contacté leurs patients présentant les critères d'inclusion pour la recherche. Si les patients acceptaient, les hypnothérapeutes nous transmettaient leurs coordonnées. Les coordonnées d'autres patients nous ont été transmises par le directeur de thèse, certains ont également été contactés.

Les patients ont été appelés. Il leur a été demandé s'ils consentaient à parler de leur expérience. Nous avons répondu à leurs questions et s'ils étaient toujours d'accord nous avons programmé un entretien.

Le but lors de cet appel, comme en début d'entretien, était de ne pas expliciter les objectifs de l'étude mais de demander aux participants de partager leur expérience. Les patients ont été prévenus lors de l'appel que l'entretien serait enregistré.

Le jour de l'entretien, nous avons rappelé aux participants les informations concernant la protection des données et nous leur avons remis une fiche d'information ainsi qu'un consentement écrit (disponibles en annexe 1).

III. Recueil des données

Nous avons réalisé des entretiens visant à être le plus ouverts et compréhensifs possibles. En fonction des participants, une approche semi-directive a été réalisée. Les entretiens ont été menés par un seul chercheur.

Nous avons utilisé un guide d'entretien non rigide, sans phrases rédigées, sous forme de check-list ou « liste de course » afin de faciliter les échanges. Il regroupait des thèmes à aborder avec le patient (81,83), sans ordre précis.

Ce guide d'entretien a été réalisé après recherche bibliographique et a été relu et validé par le directeur de thèse. Il a été évolutif au fil des entretiens. La version initiale et la version finale de ce guide se trouvent en annexe 3.

Le guide d'entretien s'est adapté au discours de chaque participant afin de découvrir la singularité de chacun. Des questions non anticipées sont apparues. Certains thèmes n'ont pas été abordés si nous pensions qu'ils n'étaient pas adaptés à l'entretien.

Nous avons posé des questions ouvertes pour laisser aux patients la liberté de s'exprimer. Des questions fermées ont été posées pour recueillir les caractéristiques des patients interrogés. Nous sommes intervenus pour faire préciser certains éléments, reformuler des idées, relancer certains sujets ou rediriger la conversation si cela était nécessaire.

Nous nous sommes attachés à créer un climat de confiance grâce à une écoute active et bienveillante.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'application Dictaphone® d'Apple® sur iPhone® et sur iPad®. Ils ont été retranscrits mot pour mot sur un document Word® et anonymisés. Les enregistrements ont été supprimés dès la fin de la retranscription comme l'impose la législation.

Les règles de retranscription utilisées étaient les suivantes :

- « I » désignait l'investigateur.
- « P + numéro » désignait un participant. Les participants ont été numérotés de 1 à 13 de manière aléatoire.
- « H + numéro » désignait l'hypnothérapeute. Ils ont été numérotés de 1 à 6.
- L'anonymisation a été respectée en retirant les noms propres, les lieux d'habitation et d'activités ou d'autres éléments permettant potentiellement de reconnaître les participants.
- Les onomatopées, temps de silence, éléments de langage verbal ou non verbal ont été notés entre parenthèses.

Cette étape de retranscription nous a permis de nous familiariser avec les données qui ont ensuite été analysées.

Avec l'approche phénoménologique choisie, il n'existe pas de saturation des données, le vécu de chaque participant étant unique. Nous avons considéré être arrivés à une **suffisance des données** après avoir recueilli l'expérience de 13 patients.

IV. Analyse des données

Le recueil et l'analyse ont été réalisés dans une démarche itérative. Cela a permis de déterminer de nouvelles caractéristiques intéressantes à faire varier entre les participants interrogés.

L'analyse a été faite de manière indépendante pour chaque entretien (81). Cela a permis de se concentrer sur l'individualité et l'expérience unique de chaque participant. Le but des différentes étapes de l'analyse a été de donner du sens et d'interpréter les mots posés par les participants sur leur expérience.

Trois entretiens ont été analysés en aveugle. Cette analyse a bénéficié d'une triangulation par le docteur Yoann Seigneur, directeur de cette thèse. La confrontation des résultats a permis d'augmenter la validité interne de l'étude. Le reste de l'analyse a été effectué par un seul chercheur.

L'étiquetage expérientiel, aussi appelé codage, a été réalisé une première fois avec le logiciel Nvivo ver1.7.1[®] puis refait à la main et avec Excel[®]. Nous avons utilisé les schémas réalisés par entretien pour construire le plan des résultats. Ces schémas sont disponibles en annexe 5. Les étiquettes nous ont permis de construire des thèmes qui eux-mêmes se sont organisés en thèmes superordonnés. Un exemple de cette analyse est présenté en annexe 4.

Une fois les analyses par entretien faites, nous avons cherché des liens entre elles ce qui nous ont permis de construire une carte conceptuelle réalisé sur Word[®] et présentée dans la première partie de la discussion.

V. Recherche bibliographique

Madame Denis-Raubaud, bibliothécaire à l'universitaire de médecine et pharmacie de Rouen, a été sollicitée pour un complément de formation en recherche bibliographique.

Plusieurs sources ont été utilisées pour cette recherche :

- Internet : les bases de données PubMed[®], LiSSA[®], CISMeF[®], le Cairn[®], Google Scholar, Google et le catalogue universitaire Sudoc[®] ont été interrogés. Les mots-clés suivants ont notamment été utilisés : « hypnose », « hypnothérapie », « hypnoalgésie », « hypno* », « douleurs », « douleurs chroniques », « expérience », « vécu », « thèse qualitative ».
- Ouvrages papiers : *Hypnose* d'A. Bioy, I. Célestin-Lhopiteau et C. Wood et le livre de méthodologie *Initiation à la recherche qualitative en santé* (81).

Les références bibliographiques ont été rédigées à l'aide du logiciel Zotero[®].

Résultats

I. Caractéristiques des entretiens et de la population étudiée

A) Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont eu lieu entre le 18 novembre 2022 et le 18 avril 2023. Ils ont duré entre 36 minutes et 2 heures pour une médiane de 1 heure et 21 minutes et une moyenne de 1 heure et 19 minutes. Un entretien a été écourté pour un problème de locaux.

Les patients choisissaient le lieu de leur entretien. Dix entretiens se sont déroulés au domicile des participants, un au CETD du CHU de Rouen et deux au cabinet du docteur Yoann Seigneur, directeur de ce travail.

Un des entretiens s'est déroulé en présence d'une tierce personne qui est intervenue à plusieurs reprises.

B) Caractéristiques de la population étudiée

Pour recruter les patients, dix-huit hypnotérapeutes exerçant en Seine-Maritime ont été contactés :

- 2 médecins généralistes : ils ont accepté de participer. L'un d'eux n'a pas donné suite pour le recrutement.
- 2 médecins ayant une autre spécialité médicale : un médecin a participé au recrutement, un autre n'a pas donné de réponse.
- 1 sage-femme n'a pas donné de réponse.
- 4 psychologues : deux n'ont pas répondu et les deux autres ne prenaient pas en charge les douleurs chroniques.
- 1 infirmière libérale a accepté de participer au recrutement des patients.
- 1 infirmière exerçant en CETD a accepté de participer. Elle a permis de recruter des patients suivis au CETD par elle ou une autre collègue.
- 1 kinésithérapeute a accepté de participer.
- 6 hypnotérapeutes non soignants : cinq n'ont pas donné de réponse et un ne prenait pas en charge de patient ayant des douleurs chroniques.

Les médecins généralistes d'une maison de santé pluridisciplinaire ont aussi été contactés. Ils n'ont pas donné suite à l'e-mail d'informations envoyé.

Parmi les patients initialement recrutés un patient n'a pas répondu. Quatre patients ont accepté mais n'ont pas été inclus. Leurs caractéristiques ne différaient pas assez par rapport à l'échantillon déjà existant.

Le recrutement passant par les hypnotérapeutes, nous n'avons eu connaissance ni du nombre de patients ayant refusé de participer à l'étude ni de leurs raisons.

Le tableau 1 décrit les caractéristiques sociodémographiques des patients ayant participé à l'étude ainsi que certaines données concernant leur prise en charge en hypnose.

Tableau 1 : Tableau descriptif de l'échantillon.

Participant	Genre et âge	Métier	Type de douleurs / Pathologies	Hypnothérapeute	Nombre de séances d'hypnose	Adhésion à l'hypnose
P1	Femme 75 ans	Secrétaire de mairie retraîtée	Sciatalgie Douleurs liées à l'arthrose diffuse	H1	< 5	Oui
P2	Femme 52 ans	Agent administratif	Métastases osseuses sur cancer du sein et douleurs sur arthrodèse	H2	5 – 9	Oui
P3	Homme 51 ans	Ancien chaudronnier-soudeur	Syndrome douloureux régional complexe de cheville	H3	10 – 15	Oui
P4	Femme 72 ans	Cadre administratif retraîtée	Douleurs liées à l'arthrose diffuse	H1	> 20	Oui
P5	Femme 19 ans	Étudiante en psychologie	Céphalées quotidiennes	H4	< 5	Oui
P6	Femme 46 ans	Enseignante en classe ULIS	Douleurs neuropathiques sur hernie discale	H3	5 – 9	Oui
P7	Femme 35 ans	Ancienne commerciale En cours de reconversion	Douleurs neuropathiques complexes du membre supérieur Migraines	H6	5 – 9	Oui
P8	Homme 40 ans	Infirmier libéral	Migraines et autres céphalées	H2	< 5	Non
P9	Femme 45 ans	Aide-ménagère En cours de formation secrétariat	SDRC épaule gauche Douleurs neuropathiques complexes de l'hémicorps gauche Douleurs postopératoires	H6	> 20	Oui
P10	Femme 63 ans	Factrice puis boulangère retraîtée	Fibromyalgie	H3	< 5	Oui
P11	Femme 69 ans	Professeur d'anglais retraîtée	Syndrome douloureux régional complexe de cheville	H5	< 5	Oui
P12	Femme 34 ans	Cadre	Douleurs liées à l'endométriose et à une spondylarthrite ankylosante	H3	< 5	Oui
P13	Femme 44 ans	Ancienne aide à domicile	Douleurs liées à une maladie de Crohn, un cancer du sein + lombalgies et migraines	H2	< 5	Non

Deux hommes ont été interrogés contre onze femmes. L'âge des participants allait de 19 à 75 ans pour une moyenne d'âge de 49,6 ans.

Les participants venaient de milieux socioculturels différents. Cette diversité s'est retrouvée dans les catégories professionnelles, la culture, la situation familiale ou encore le lieu de vie.

Certains participants avaient des douleurs chroniques primaires et d'autres des douleurs chroniques secondaires (figure 7).

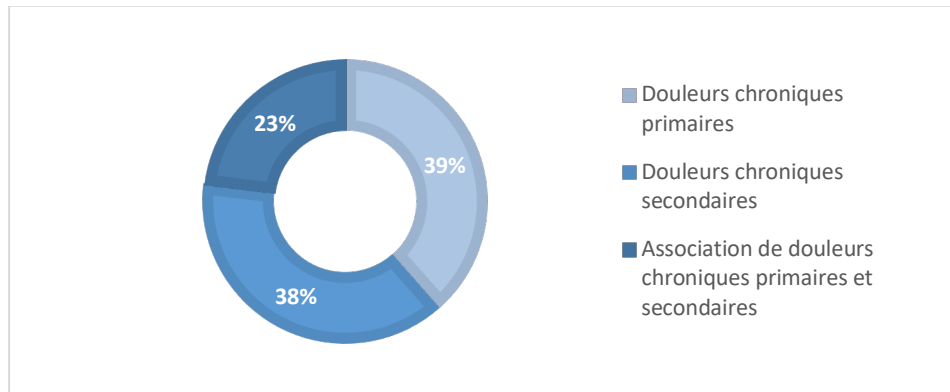


Figure 7 : Répartition des patients en fonction du type de douleurs chroniques.

Les participants interrogés ont uniquement eu recours à des hypnothérapeutes ayant une formation de professionnel de santé. Leurs formations initiales étaient variées. Les caractéristiques des hypnothérapeutes sont décrites dans le tableau 2. Ces informations sont tirées des échanges avec les hypnothérapeutes et des entretiens avec les patients.

Tableau 2 : Tableau descriptif des caractéristiques des hypnothérapeutes.

Hypnothérapeute ayant participé au recrutement	Profession	Genre	Mode d'exercice
H1	Angiologue	Femme	Rural
H2	Médecin généraliste	Homme	Urbain
H3	Infirmière en CETD	Femme	Urbain
H4	Infirmière en CETD	Femme	Urbain
H5	Infirmière libérale	Femme	Rural
H6	Kinésithérapeute	Homme	Semi-rural

Deux patients n'ont pas adhéré à l'hypnose et n'ont pas souhaité poursuivre cette thérapie. Le nombre de séances déclarées allait d'une seule séance à plus de vingt. La répartition du nombre de séances par participant est présentée dans la figure 8.

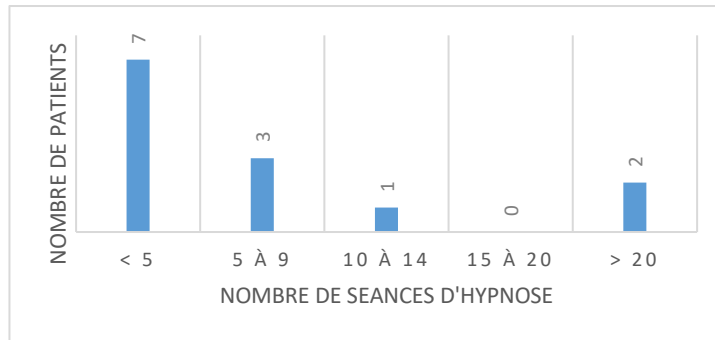


Figure 8 : Répartition du nombre de séances d'hypnose par patient.

II. Donner du sens aux mots

Les mots utilisés par les patients ne sont pas dénués de sens. Un nuage de mot est intégré au début de cette analyse (figure 9). On y retrouve les grandes idées évoquées par les patients ayant par la suite été analysées.

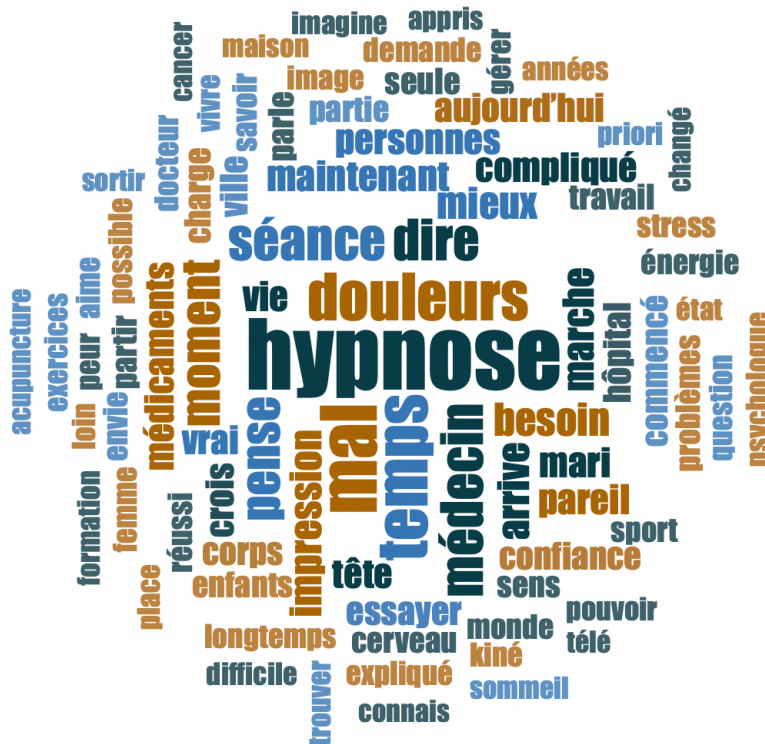


Figure 9 : Nuage de mots – D'après le verbatim d'entretiens.

Le verbatim étudié dans l'analyse qualitative a permis de faire ressortir **7 thèmes superordonnés** et **44 thèmes**. Ils sont présentés dans les cartes conceptuelles réalisées à partir de l'expérience des 13 participants. Ces cartes, numérotées de 1 à 41, sont proposées à

la fin de chaque sous-partie, permettant ainsi de comprendre le cheminement jusqu'à la carte générale présentée dans la section discussion.

La légende utilisée respecte les règles suivantes : une flèche **grise** indique un lien de causalité, une flèche **verte** une conséquence positive et une flèche **rouge** une conséquence négative. L'utilisation d'une flèche bidirectionnelle désigne une action réciproque. Les bulles correspondent aux codes liés à l'étiquetage expérientiel.

III. Douleurs et souffrance du patient

Quand on parle de vécu, s'intéresser aux personnes est essentiel. Nous allons découvrir le parcours des patients et comment ils sont arrivés à envisager l'hypnose comme une ressource pour soulager leurs douleurs chroniques.

A) Un parcours de vie jalonné de difficultés

Les patients interrogés décrivent des **événements de vie difficiles**. Il peut s'agir de **l'accompagnement de proches dans la maladie**, de **décès**, d'**événements traumatisants**, de **conflits** voire de **violences intrafamiliales**.

P4 : « *je l'ai assisté [son mari] tout le temps de son cancer.* »

P6 : « *famille recomposée, [...] c'est pas toujours facile, il y a parfois des grands moments de tension.* »

P12 : « *J'ai subi un traumatisme dans l'enfance, violent, qui a duré pendant plusieurs années.* »

Des troubles d'ordre psychiques qui paraissent indépendants et antérieurs aux douleurs ont été relevés. Il s'agit d'**anxiété** avec des **inquiétudes excessives** voire un **catastrophisme**. Cette anxiété peut être associée à des **troubles du sommeil**.

P10 : « *On me dit qui faut pas trop me tracasser pis tout mais quand j'entends un truc paf. Et la nuit ça cogite, ça cogite et puis ça dort pas.* »

Des **symptômes dépressifs** sont aussi présents : aboulie, anhédonie, tristesse de l'humeur, jusqu'aux **idées suicidaires**.

P4 : « *une perte d'élan, perte d'énergie, j'avais plus envie.* »

P10 : « *J'ai été suivie par un psychiatre [...] suite à une tentative de suicide.* »

Deux patientes décrivent des **troubles du comportement alimentaire** avec des restrictions ou une alimentation émotionnelle.

P13 : « *J'ai un problème avec la nourriture depuis que je suis toute petite. [...] je refuse la nourriture parce que je veux pas grossir.* »

Certains patients ont un **lourd passif médical**. Plusieurs ont eu des **cancers**.

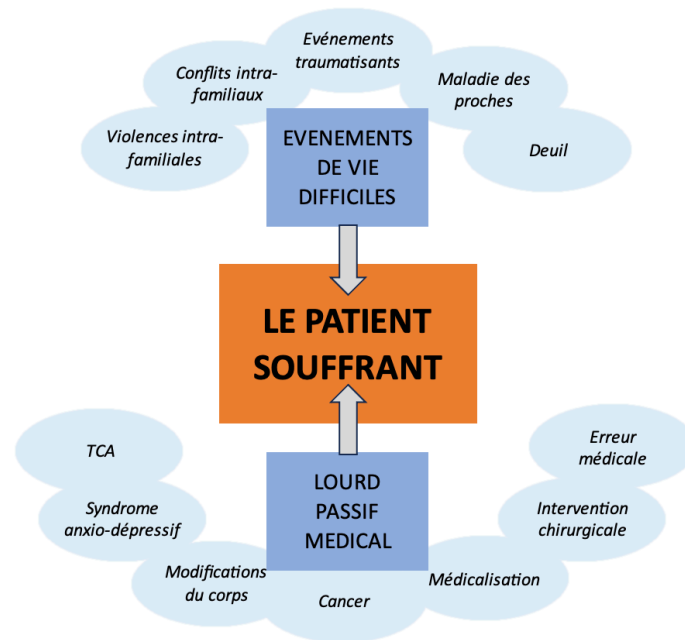
P2 : « *j'ai toujours un cancer du sein métastasé au niveau osseux et pulmonaire* ».

P12 est entrée dans un parcours de **procréation médicalement assistée** dans lequel elle s'est sentie **déshumanisée** : « *on est des numéros, on passe au bloc chacune notre tour et allez hop c'est fait* ». Atteinte de plusieurs pathologies, son corps a été **médicalisé** ces dernières années. Elle souligne en comparaison de sa prise en charge actuelle : « *c'est la première fois où je me suis pas sentie, c'est horrible hein, mais violée au niveau médical.* »

Certains ont subi des **interventions**, parfois à l'origine d'une **erreur médicale**.

P9 : « Il m'a dit « par contre je sais pas ce qu'ils ont fait, il y a plein de nerfs qui ont été coupés ». »

Ces interventions ont entraîné des **modifications du corps** avec des répercussions sur **l'image de soi** notamment pour P13 : « C'est ce que je dis au docteur H2, il me reste plus qu'un sein et un ovaire. Je me décris comme ça [...] je n'engraisserai jamais. »



Carte conceptuelle 1 : Un parcours de vie jalonné de difficultés.

B) La douleur du patient

Les patients interrogés ont des douleurs d'origines diverses (tableau 1). Il s'agit de **douleurs chroniques primaires** ; pour P3, P9 et P11 d'« *algoneurodystrophie* », pour P10 de « *fibromyalgie* » et pour P5, P7, P8 et P13 de « *céphalées et migraines* ».

Pour d'autres patients, les douleurs chroniques sont **secondaires à une pathologie**. Il peut s'agir de **troubles musculosquelettiques** comme d'« *arthrose* » pour P1 et P4, de douleurs suite à une « *hernie discale* » pour P1 et « *avec compression du nerf crural* » pour P6, de douleurs inflammatoires sur « *spondylarthrite ankylosante* » pour P12. Cette dernière a aussi une « *endométriose à stade très avancé* ». P13 a également des douleurs viscérales suites à une « *maladie de Crohn* ».

Certains patients ont des douleurs **secondaires à des traitements**. D'autres ont des douleurs et troubles neurologiques complexes apparus à la suite d'un **traumatisme physique et psychologique**.

P2 : « j'ai eu une arthrolyse lombaire, donc une opération très douloureuse, euh suivie de rayons. [...] je pense que les rayons ont fait plus de mal que de bien. »

P9 : « ça a dû faire aussi un blocage psychologique et du coup beh tout le corps du côté gauche s'est bloqué complètement. »

On note aussi que plusieurs patients **associent** différents types de douleurs.

Plusieurs patients décrivent des **douleurs neuropathiques** qui sont **différentes** des douleurs qu'ils ont pu connaître.

P6 : « *on connaît la douleur au quotidien ; on se coupe, on se brûle, on arrive tous à identifier ; mais là c'est vraiment un type de douleur qui est très particulier.* »

Les patients interrogés ont des douleurs qui sont parfois **permanentes** et **qui durent** depuis plusieurs mois voire années.

P5 : « *Ça fait deux ans à peu près que j'ai mal à la tête tous les jours, tous les jours.* »

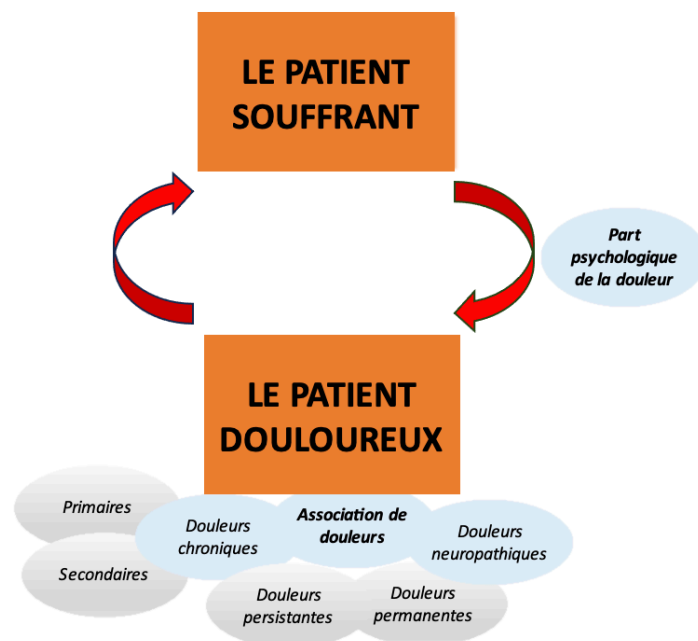
La **sémantique** utilisée est intéressante. Elle est réfléchie et utilise des images de comparaison simples. Ces métaphores montrent le besoin ressenti par les patients de faire comprendre leur douleur.

P6 : « *Vous vous êtes déjà cogné le tibia contre un meuble ? Ça fait mal. Mais vous imaginez que c'est tout le temps. Normalement on se cogne et ça s'en va et là beh ça part pas.* »

P11 : « *moi j'ai depuis le début l'impression d'avoir le pied dans un bloc de béton.* »

Ils mettent en avant l'implication de la **part psychologique** avec l'apparition et le ressenti des douleurs.

P12 : « *Il y a la maladie mais il y a des facteurs aussi qui augmentent l'intensité des douleurs. J'en avais pas forcément conscience mais oui les fois où j'étais psychologiquement au bout du rouleau les douleurs étaient insupportables parce que j'avais que la tristesse et la douleur à penser.* »



Carte conceptuelle 2 : La douleur du patient.

C) Handicap² et retentissement de la douleur sur le quotidien

La douleur entraîne une altération de la qualité de vie des patients : « *c'est une autre vie, c'est une vie avec la douleur* » (P3).

Elles ont des conséquences multiples sur le quotidien. Elles sont source de **handicap** et parfois de **dépendance** rendant la présence d'aidants nécessaire.

P6 : « *Il y a plein de choses que je pouvais plus faire donc c'est un peu la famille qui a pris le relais.* »

Le retentissement des douleurs est parfois difficile à accepter pour les patients et nécessite un travail de **deuil de leur vie d'avant**.

P3 : « *On me dit il faut oublier, je sais très bien mais comment vous balayez tout ça ?* »

P11 : « *Moi ma vie elle a changé du tout au tout. Je vis plus comme avant.* »

Pour certains patients, chaque **geste simple de la vie quotidienne** est un effort et peut être source de douleurs.

P10 : « *à des moments je pouvais plus marcher tellement j'avais mal.* »

Il existe une **relation bilatérale** entre les douleurs et le quotidien. La douleur amplifie le handicap ressenti par la personne.

P6 : « *Je sais que quand j'ai mal ça limite aussi mon autonomie : je vais avoir plus de difficulté à marcher [...] quand j'ai mal j'ai l'impression en fait que toute ma jambe ne fonctionne plus.* »

Pour des patients actifs, les douleurs ont des conséquences sur le **travail** et le **maintien dans l'emploi**. Elles sont source d'**arrêt** de travail, parfois de mise en **invalidité** et de « *perte financière* » (P3). Elles peuvent aussi engendrer des inaptitudes au poste et la nécessité d'une **reconversion professionnelle**.

P7 : « *j'ai été licenciée pour inaptitude au poste. Le commercial c'est fini pour moi.* »

P12 : « *Ma carrière était un peu mise en stand-by [...] Je travaillais à 30%. J'ai été mise en invalidité.* »

Pour des adolescents ou de jeunes adultes comme P5, la douleur peut avoir un **retentissement sur la scolarité** en étant source d'absentéisme.

P5 : « *vu que ça impacte mes études, c'est sûr que ça impacte aussi ce que je veux faire* », « *les absences c'est vrai que c'est compliqué.* »

Il y a une diminution de la participation des patients à la **vie sociale** qui peut entraîner une forme de **repli sur soi**. P12 dit même être devenue « **agoraphobe** ».

P5 : « *des fois sortir avec des amis je peux pas. Du coup je me dis que je loupe des trucs.* »

P7 : « *Je me suis retrouvée à me renfermer sur moi-même parce que la douleur me prenait tout ce que j'avais.* »

Les douleurs peuvent rendre l'accès à certains **loisirs** comme le sport plus difficiles. La **diminution de concentration** liée à la douleur peut aussi rendre les activités intellectuelles compliquées.

² **Handicap** : « *Constitue un Handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* » article L114 – code de l'action sociale et des familles

P3 : « Lire, j'aimais lire, il me reste quasiment que ça à faire mais même ça c'est fatiguant parce que j'arrive pas à me concentrer. »

P9 : « Il y a plein de choses que j'aimais bien faire mais je peux plus comme la marche, courir. »

Les patients décrivent une relation bilatérale entre douleurs et **troubles du sommeil**.

P4 : « sommeil et douleurs c'est un cercle vicieux. »

P12 : « ce sont des nuits entrecoupées, des douleurs qui me réveillent. »

La douleur peut impacter la **vie familiale** et la **vie de couple**.

P12 : « j'étais pas calibrée pour laisser cette place-là, pour mon couple. »

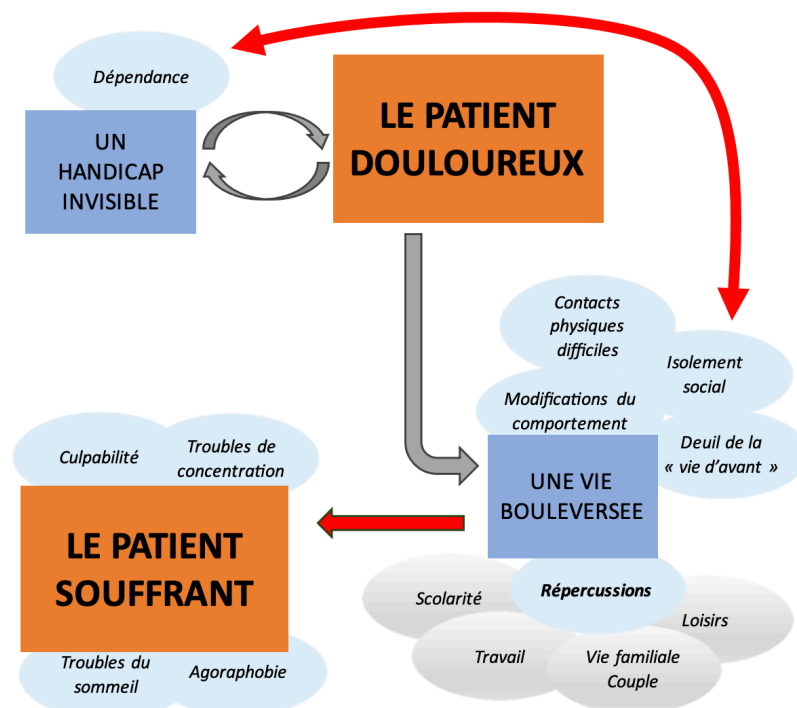
Les crises douloureuses peuvent entraîner des **modifications du comportement** et de l'humeur qui sont source de **culpabilité** pour les patients.

P8 : « Dans ce cas je suis pas moi-même, c'est la double peine un peu. Non seulement on a mal mais en plus dans sa façon de le gérer, on devient quelqu'un qu'on n'aime pas quoi. »

L'impact de la douleur sur le corps peut rendre les **contacts physiques difficiles** avec son entourage et dans le couple.

P7 : « Mes enfants (silence). Ils pouvaient plus me faire de câlins. [...] C'est quand même dur pour une mère de dire à son enfant « me touche pas ». »

P13 : « si on me touche je vais avoir un mouvement de recul et après ça va aller. C'est surtout mon mari que ça dérange. Mais je crois que c'est mon corps qui rejette tout. »



Carte conceptuelle 3 : Handicap et retentissement de la douleur sur le quotidien.

D) Le vécu de la douleur

Le vécu de la douleur est quelque chose de « *personnel* » (P3). La douleur peut être perçue comme **omniprésente** dans le quotidien des patients ne laissant de place ni pour les moments de bonheur ni pour les relations sociales.

P12 : « *Avant c'était moitié douleur, moitié tristesse pourtant j'ai un mari extraordinaire mais même ça j'arrivais pas à sortir [...] j'avais pas eu de petit bout de joie depuis 2018 je pense.* »

La douleur entraîne une perte d'énergie et est source de **stress**, d'**épuisement** et de **désespoir**. Elle empêche les individus de se **projeter dans l'avenir** et les rend **vulnérables**.

P3 : « *En fait c'est sans fin (soupir).* »

P6 : « *j'étais quand même pas bien vieille, à peine 40 ans. Je me suis dit « mais si je reste comme ça, qu'est-ce que je vais devenir ? ».* »

P7 : « *tout le monde m'a vue dans un état de faiblesse absolue.* »

L'**acceptation** de la douleur et de son retentissement est un pas difficile.

P11 : « *Tout ça il faut l'accepter, vivre avec. Les douleurs il faut vivre avec mais ça aussi.* »

Il semble cependant plus simple pour certains d'accepter le handicap que la douleur en elle-même.

P3 : « *J'ai accepté, que ma cheville elle bouge plus, que je nage plus une heure, [...] que je fais plus de moto. Ça, j'ai accepté. Mais accepter la douleur. Qu'on m'amène quelqu'un et qu'il me dise « moi j'ai accepté la douleur 24/24 », moi non.* »

La douleur peut être **associée à la pathologie** dont elle résulte dans l'esprit des patients, rappeler des périodes difficiles et être **angoissante**.

P2 : « *C'était devenu la peur d'avoir quelque chose d'autre en fait.* »

Ces différents points montrent les conséquences de la douleur sur l'**état psychologique** des patients. Elle est à l'origine d'une **souffrance** réelle. Les patients interrogés notent l'importance d'**être bien entourés** pour surmonter ces moments sombres.

P6 : « *je pense que des gens qui se retrouvent et en situation de handicap et avec des douleurs chroniques et qui n'ont pas la chance d'avoir un entourage bienveillant, je pense qu'on peut sombrer.* »

P12 : « *j'en pouvais plus même psychologiquement d'avoir ces douleurs-là, des fois je me faisais peur.* »

La douleur est un **handicap invisible**. Les patients subissent **les regards extérieurs**. Ils se sentent parfois incompris et ont l'impression de devoir justifier leur douleur, même à leur entourage.

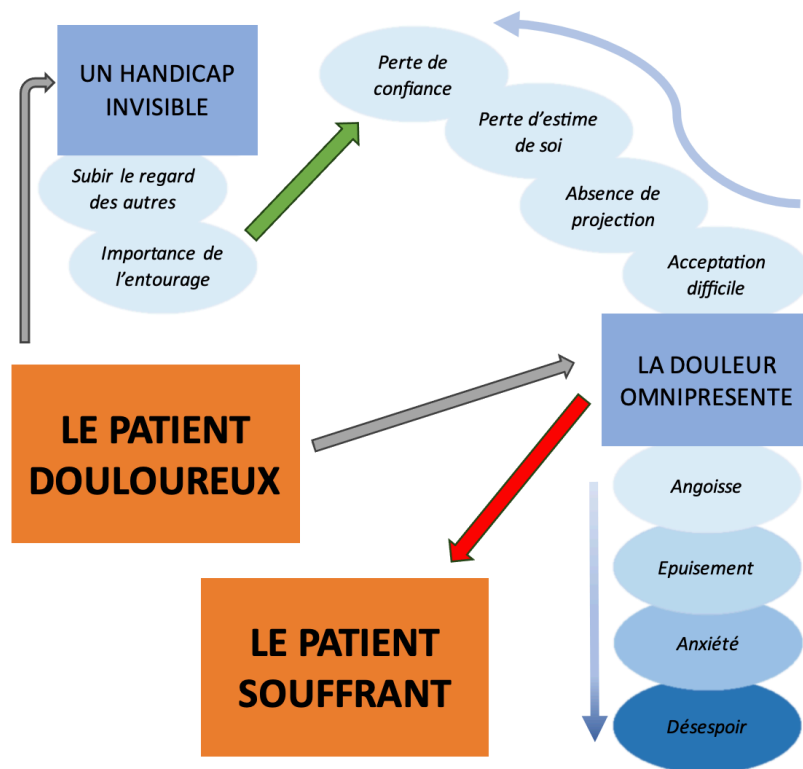
P7 : « *Mon mari encore aujourd'hui a du mal à le comprendre. Ça ne se voit pas.* »

P12 : « *quand on me voit on n'a pas l'impression que j'ai mal. Voilà, ça se voit pas que je souffre mais ce côté invisible ça rend les gens méchants.* »

Ce regard critique est parfois aussi le **regard que l'on porte sur soi**. Il entraîne **perte de confiance** et diminution de l'**estime de soi**.

P6 : « *il y a le regard qu'on porte sur soi, on a le sentiment d'être un peu le boulet de service.* »

P7 : « *j'ai une estime de moi très faible. [...] la façon dont je me perçois c'est pas ça.* »



Carte conceptuelle 4 : Le vécu de la douleur.

E) La personnalité du patient : freins et facteurs d'adhésion

Lors des entretiens, les patients ont utilisé des adjectifs intéressants pour se définir.

Certains traits de caractères peuvent influencer positivement leur prise en charge en hypnose. Certains patients sont persévérants et déterminés. Ils ont la **volonté** d'aller mieux et l'**espoir** de guérir.

P7 : « *comme le reste c'était hors de question que je gagne pas la bataille.* »

La **résilience** et le **positivisme** de certains patients peuvent les aider à faire face aux douleurs et leur retentissement et à **accepter**.

P5 : « *Mais j'ai pas le choix donc je continue. Je fais de mon mieux.* »

P6 : « *Moi je suis très positive. Je me dis qu'il y a toujours quelque chose de positif dans tout ce qu'on vit même si c'est dur, il y a forcément un petit truc à tirer quelque part.* »

Certains patients ont une **vie intérieure riche**, une **sensorialité** développée et un « côté contemplatif » (P6) qui peut aider à la pratique de l'hypnose.

P7 : « *tout est en lien. Tout a une image, tout a un son.* »

P6 : « *Moi j'ai un côté aussi très tactile, kinesthésique, j'arrive à refaire venir des sensations que j'ai eu, de les sentir à nouveau.* »

D'autres traits de caractère peuvent au contraire limiter la possibilité de rentrer dans un état hypnotique. Plusieurs patients se définissent comme des personnes **cartésiennes**.

P8 : « *moi je suis assez cartésien, sceptique et tout ce que vous voulez.* »

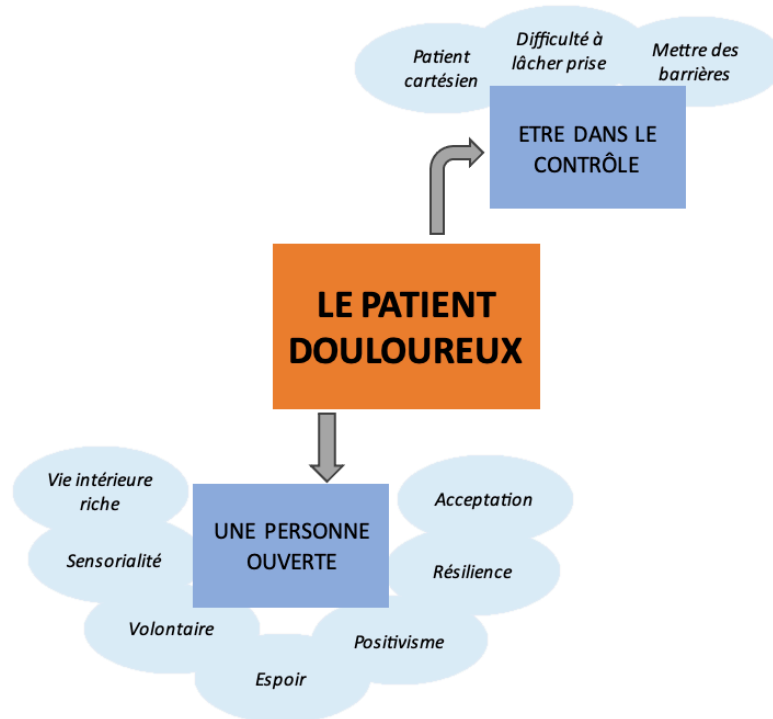
Ils aiment être dans le **contrôle**, trouver les solutions par eux-mêmes et ont du **mal à lâcher prise**.

P13 : « *c'est vrai que j'aime bien gérer tout.* »

D'autres sont assez fermés, ont du mal à se livrer et mettent facilement des **barrières** avec leurs interlocuteurs.

P5 : « *Mais je discute pas beaucoup. Déjà moi j'aime pas trop parler de tout ça.* »

P8 : « *Mais je sais que je suis plein de défenses comme ça et que c'est pas facile de les faire tomber consciemment.* »



Carte conceptuelle 5 : La personnalité du patient : freins et facteurs d'adhésion.

IV. Parcours de soin du patient avant le recours à l'hypnose

A) Comprendre la douleur : une quête d'explications

La prise en charge dans les douleurs chroniques est un parcours long et « *compliqué* » (P2, P3, P7). Certains patients ont vécu une **errance diagnostique** de plusieurs années. Ils acceptent l'incertitude des médecins mais ont besoin d'**honnêteté** pour préserver le lien de confiance. Ils se sentent soulagés et **reconnaissants** des professionnels qui mettent des mots sur leur pathologie et les prennent en charge.

P7 : « *Mon médecin voilà, elle m'a dit « je sais pas ». Elle a été franche. La franchise ça paie pas moins que le mensonge.* »

P12 : « *Je pense que j'ai eu un temps qui était très long sans prise en charge.* »

Ils **cherchent des explications** à leur douleur, parfois de manière irrationnelle.

P10 : « *Je comprends pas pourquoi j'ai ces trucs-là. Je me dis j'ai fait de mal à personne, rien.* »

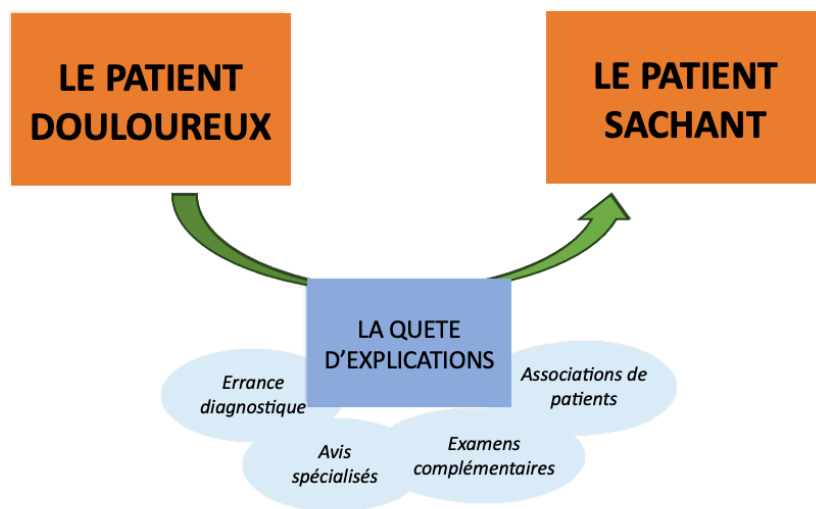
Pour P8, ce questionnaire est une **quête** qu'il doit mener seul : « *Je sais pas pourquoi, il fallait que je trouve la solution moi-même et j'y arrive pas.* »

Pour répondre à ces questions, les patients ont consulté des **spécialistes** et parfois eu recours à de nombreux **examens complémentaires**.

P7 : « *Je me suis dit c'est une blessure de sport, c'est un médecin du sport [...] On a commencé à faire toute une batterie d'examen.* »

Cette compréhension de la douleur est passée pour P3 par la nécessité de recueillir le témoignage d'autres patients. Pour cela, il a fait appel à une **association de patients**.

P3 : « *J'ai contacté l'association algodystrophie France. Je voulais savoir comment c'était pour d'autres personnes et j'ai appris que j'étais pas le seul à faire des hauts et des bas.* »



Carte conceptuelle 6 : Comprendre la douleur : une quête d'explications.

B) Traiter la douleur : la quête du soulagement

Une partie des patients ont été pris en charge en centre hospitalier pour leurs douleurs soit dans des **structures douleurs chroniques** de deuxième niveau soit dans des CETD de troisième niveau. Ils y ont bénéficié d'une « *prise en charge globale* » (P12).

Les douleurs nécessitent une **prise en charge pluridisciplinaire** qui peut être faite en ville et/ou à l'hôpital. Elle fait notamment intervenir des médecins, des infirmiers, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes et des psychologues.

P6 : « *J'ai eu un accompagnement psychologique au (nom d'hôpital) par rapport à la douleur, à ce que ça change dans le quotidien, au rapport de l'image qu'on a de soi aussi.* »

Les patients ont essayé de **multiples traitements médicamenteux**, des antalgiques et co-antalgiques, pour tenter de soulager leurs douleurs.

P6 : « *J'ai pris beaucoup beaucoup de médicaments* », « *je fais poser des patchs de Qutenza® aussi sur ma (montre sa jambe).* »

Ces médicaments peuvent être utiles et **nécessaires** pour soulager le patient mais sont parfois **inefficaces**.

P10 : « *mais je vais demander au docteur d'arrêter parce qu'il fait rien.* »

Plusieurs patients sont **réfractaires** à l'idée de prendre des médicaments. Ils ne les voient pas comme une « *solution* » satisfaisante (P2).

P4 : « *Moralement j'avais pas envie d'être soulagée par des médicaments. Un comprimé le matin pour me réveiller et un le soir pour m'endormir ça me tentait pas du tout.* »

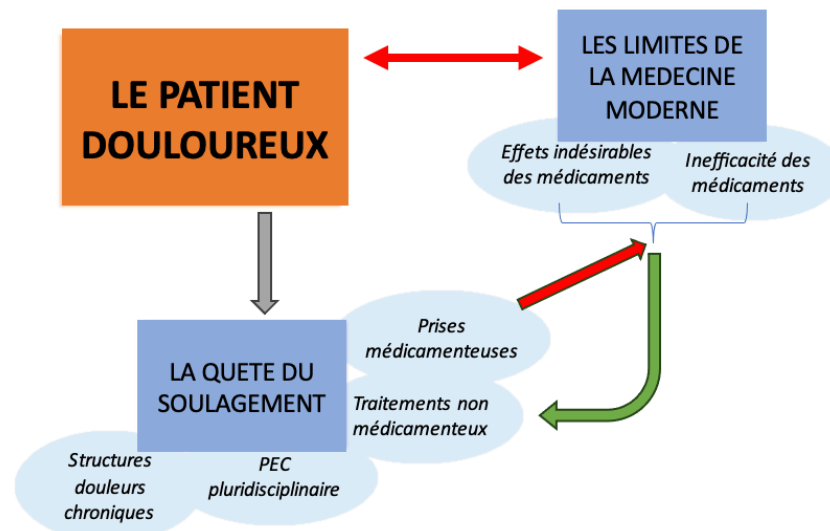
Les traitements médicamenteux sont source d'**effets indésirables** non négligeables, responsables parfois d'altération des facultés cognitives.

P6 : « *on m'appelait poisson rouge. Je pouvais faire 5 fois le même, hein la même conversation sans m'en rendre compte.* »

P7 : « *On m'a bousillé avec tous ces traitements qu'on m'a donnés.* »

Certains effets peuvent aussi être liés à un **syndrome de sevrage** comme le décrit P3 : « *quand je rebaisse, [...] je me retrouve avec des diarrhées, les maux de tête.* »

Les patients ont aussi essayé des **traitements non médicamenteux** comme les « *électrostimulations transcrâniennes* » (P9) ou le « *TENS* » (P5, P6, P7, P12).



Carte conceptuelle 7 : Traiter la douleur : la quête du soulagement.

C) Rapport au monde médical et limites de la médecine occidentale

1) L'importance des mots

Durant leur suivi, les patients ont parfois été entourés de professionnels **bienveillants** qui les ont accompagnés et rassurés.

P6 : « *Elle encourage énormément. Elle vous dit « ouais c'est super, il faut y aller ».* »

Cependant, ils ont pu être confrontés à des professionnels de santé qui ont manqué d'empathie et qui n'ont **pas pris au sérieux** leur douleur voire l'ont **banalisée**. Les patients se sentent **illégitimes** d'avoir mal.

P2 : « *je suis allée voir le médecin, je savais plus quoi faire mais j'ai pas été prise au sérieux.* »

P12 : « *mon ancien gynéco était vieux [...] Pas très à l'écoute : « c'est normal, vous êtes une femme, vous avez mal, c'est logique ».* »

Ils ont eu l'impression de ne **pas être écoutés** et se sont sentis **incompris** et **jugés**.

P2 : « *j'avais aussi besoin qu'on prenne en considération ma douleur.* »

P3 : « *J'ai été jugé, comment ? Fainéant.* »

Certains disent même avoir subi des **violences médicales**.

P9 : « *il m'a auscultée et il a fait la brute.* »

Ils soulignent l'importance de la **communication** et les conséquences néfastes que peuvent avoir des **paroles blessantes**.

P3 : « *il me dit que j'ai peut-être besoin d'un coup de pied au cul, c'est une folie.* »

P7 : « *La perception du patient par rapport à certains propos dans le processus de guérison c'est important. Il y a des termes ça va pas nous aider.* »

Ces mauvaises expériences ne sont pas sans conséquences. Elles peuvent **rompre la confiance** et le **lien** thérapeutique. Les patients peuvent craindre le regard des soignants et taire leurs symptômes ce qui peut entraîner des retards de prise en charge.

P3 : « *Mais lui il m'a vexé. Je sais même pas si je vais continuer de venir.* »

P10 : « *si ça je le dis à quelqu'un, il va me prendre pour une folle.* »

2) Se retrouver dans une impasse

Les échecs successifs ont amené les patients à être **fatalistes** vis-à-vis de leurs douleurs.

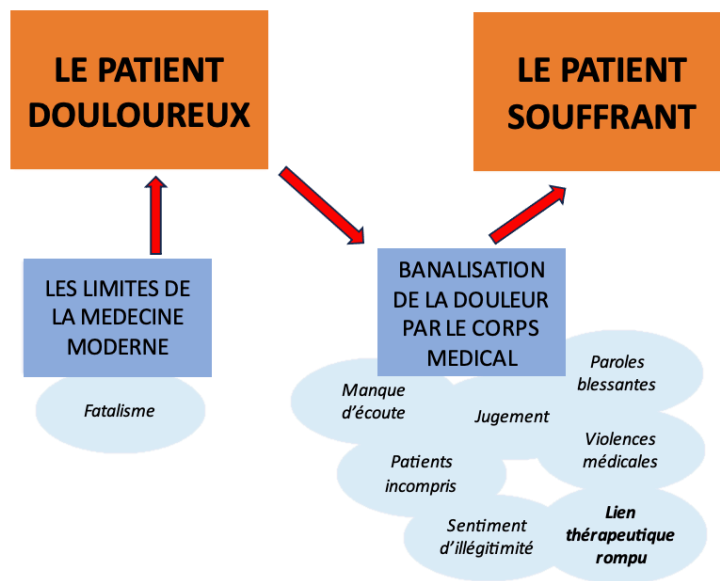
P8 : « *Ça fait longtemps que je suis plus habitué à ce que ça fonctionne pas.* »

Les médecins n'ont plus de solutions à leur apporter et les patients se retrouvent dans une **impasse**.

P12 : « *Quand je voyais mon médecin traitant, il était triste pour moi. Il savait pas quoi faire.* »

Les **limites de la médecine moderne** poussent les patients à chercher des réponses ailleurs et à envisager d'autres thérapeutiques.

P7 : « *Concrètement, les médecins ne pouvaient pas me soigner. Ils savaient pas quoi faire. J'ai vu des neurologues, j'ai vu plein de monde et ils savaient pas. On sortait de leur zone de confort. Pas de médicament alors c'est la fin du monde.* »



Carte conceptuelle 8 : Rapport au monde médical et limites de la médecine occidentale.

D) Être prêt à tout

Les patients interrogés se disent prêts à **tout tenter** pour soulager leurs douleurs et veulent explorer toutes les pistes disponibles. La souffrance et le désespoir peuvent même amener certains d'entre eux à sombrer dans des **addictions**.

P2 : « *j'en avais marre donc j'aurais fait n'importe quoi.* »

P12 : « *J'en suis arrivée à me soulager avec de la Codéine, du Tramadol, fumer, boire, la totale.* »

Par **nécessité** et dans l'espoir d'aller mieux, les patients ont accepté des prises en charge qu'ils auraient auparavant refusés.

P2 : « *je pense que la maladie fait qu'on accepte plus de choses pour s'en sortir et aller mieux.* »

Ils cherchent leurs réponses dans d'autres types de traitements et sont **ouverts** à essayer des traitements non conventionnels.

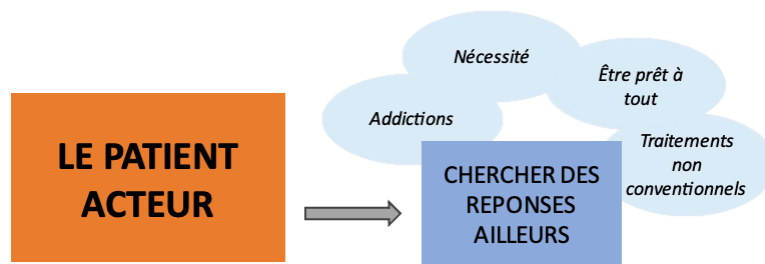
P4 : « *je supportais plus la médecine en tant que telle, [...] il y a peut-être des choses qu'on peut soulager autrement.* »

Les patients ont eu accès à plusieurs types de **traitements non conventionnels** pour essayer de soulager leurs douleurs. Ils ont aussi pu expérimenter ces traitements dans d'autres indications. Il pouvait s'agir d'ostéopathie (P4, P9, P12), de sophrologie (P10), d'acupuncture (P3, P4, P5, P6, P11, P12), de kinésiologie (P5, P13), de shiatsu (P6, P9, P11), de réflexologie (P6, P9), de magnétisme (P3, P9), d'homéopathie (P4, P8) ou encore de chiropraxie (P8).

Certains y ont trouvé des bénéfices mais d'autres ont eu des expériences négatives.

P4 : « *J'ai trouvé suite à ça un acupuncteur qui m'a soulagée physiquement des douleurs de hanche.* »

P11 : « *c'est une expérience qui laisse des traces. Je suis plus méfiante que je l'étais avant.* »



Carte conceptuelle 9 : Être prêt à tout.

V. Envisager l'hypnose comme une réponse à la douleur chronique

Comme nous l'avons vu, les patients interrogés ont une réelle souffrance secondaire à leurs douleurs chroniques et ne trouvent pas toujours de réponses avec la médecine conventionnelle. L'hypnose peut ainsi représenter une nouvelle **solution** qu'il faut tenter.

A) Être orienté en hypnose

Au sein des **CETD**, l'hypnose est l'une des ressources qui peut être proposée aux patients. Elle s'intègre dans ce cadre dans une prise en charge pluridisciplinaire.

P10 : « *Beh c'est (nom du médecin de la douleur) qui me l'a proposée.* »

Les patients peuvent aussi être orientés en hypnose par un **professionnel de santé** voire par l'hypnothérapeute lui-même ou par des **connaissances**. Cela leur permet d'avoir des retours directs qui peuvent les rassurer.

P1 : « *en discutant avec les copains et les copines [...] on me dit « pourquoi tu fais pas une séance d'hypnose ? ».* »

P7 : « *Et là j'ai ma kiné en fait qui m'a dit « [...] Je connais un confrère qui est kiné et qui travaille en hypnothérapie ».* »

C'est pendant **leurs recherches** pour essayer de trouver d'autres solutions que les patients peuvent découvrir la possibilité de faire de l'hypnose.

P11 : « *C'est comme ça que je suis arrivée à l'hypnose [...] en continuant à m'informer.* »

La **place du médecin généraliste** dans ce parcours diffère en fonction des patients. Dans certains cas, le médecin généraliste a lui-même une **formation d'hypnothérapeute** et peut proposer l'hypnose à ses patients.

P8 : « *j'en ai parlé au docteur et il m'a proposé [...] d'essayer l'hypnose.* »

Les médecins généralistes peuvent aussi **orienter** leurs patients ou **les accompagner** dans cette prise en charge.

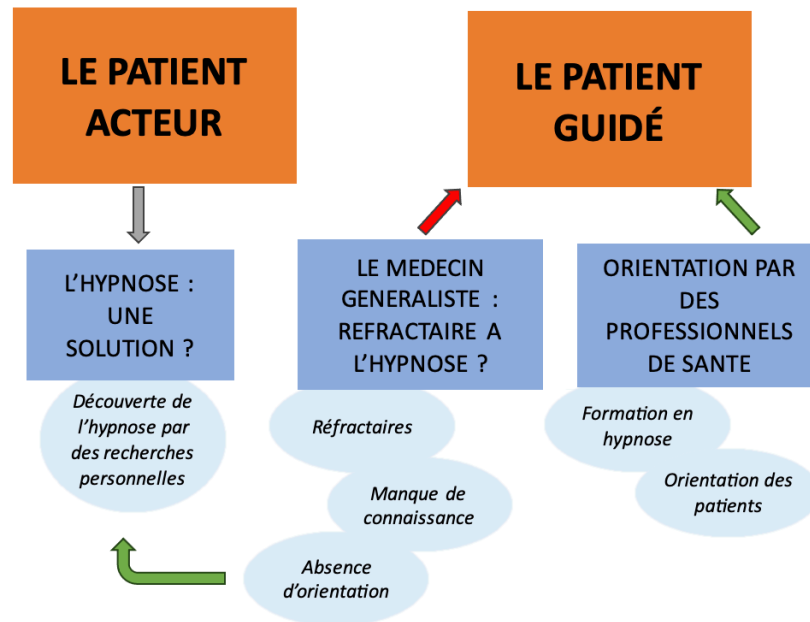
P12 : « *c'est mon médecin qui m'avait orienté avant.* »

D'autres médecins n'envisagent pas de diriger leurs patients vers ce genre de prise en charge voire y sont **réfractaires**.

P1 : « *Donc mon médecin m'aurait pas envoyé faire une séance d'hypnose.* »

Les patients souhaiteraient **être plus orientés** par leur médecin généraliste sur des prises en charge comme l'hypnose. Ils signalent que leur médecin généraliste englobe toutes les thérapies non conventionnelles ce qui montre un **manque de connaissance** de ces pratiques.

P4 : « Et les médecins généralistes qui ne nous orientent pas vers les médecines parallèles. Ça il y croyait pas du tout donc en fait il réunissait tout. »



Carte conceptuelle 10 : Être orienté en hypnose.

B) Autres expériences en hypnose

P10 a déjà expérimenté l'hypnose en effectuant des exercices avec des **enregistrements** trouvés sur internet. P7 l'utilisait déjà de manière naturelle et instinctive.

P7 : « je me suis rendu compte que c'est des choses que j'utilisais inconsciemment depuis toujours. »

P10 : « moi le soir pour m'endormir je fais de l'hypnose. Suivi avec personne, c'est une séance que j'ai sur mon portable. »

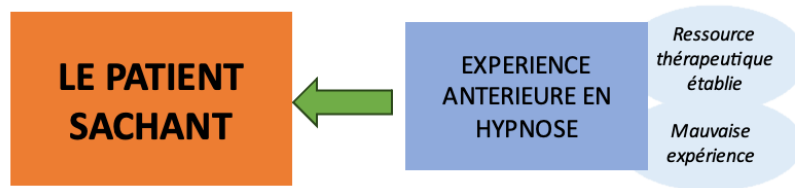
D'autres ont pu avoir une **expérience à visée hypno-analgésique** lors de la réalisation d'un geste comme P2 : « quand on m'a fait ma biopsie du sein, c'est une infirmière qui travaillait sur l'hypnose et elle avait su me rassurer, ça m'avait fait beaucoup de bien. »

P1 avait **déjà expérimenté** l'hypnose pour prendre en charge des addictions et en avait tiré des bénéfices. Elle considère l'hypnose comme une **ressource** en cas de problèmes. Elle s'est naturellement dirigée vers cette technique pour soulager ses douleurs chroniques.

P1 : « Alors est-ce que j'ai fait une séance d'hypnose et ça a bien fait la première ça me sécurise pour l'avenir ? Peut-être. »

Au contraire, P12 **n'avait pas accroché** à la technique avec un hypnothérapeute sans formation en santé. Elle n'était pas fermée à l'idée de réessayer dans un autre cadre.

P12 : « je me suis dit « elle est perchée quand même ». Ça m'a fait du bien la séance mais la partie discussion pas du tout, c'était trop. », « je me suis pas bloquée parce que j'avais déjà fait ça ailleurs, je faisais la différence entre les deux. »



Carte conceptuelle 11 : Autres expériences en hypnose.

C) Représentation de l'hypnose et connaissances

Il est naturel d'avoir des **idées préconçues** sur les choses que l'on ne connaît pas. C'est le cas pour les patients avec l'hypnose. Certains pouvaient en avoir une **image erronée** et penser que l'hypnose est un équivalent de **relaxation**.

P10 : « l'hypnose pour moi c'était être allongé comme j'étais et puis euh d'entendre, on mettait une musique relaxation et on parlait. »

Une représentation courante est celle de **l'hypnose de spectacle** qui est relayée dans les médias et qui est la plus connue. Elle a tendance à donner une image négative de l'hypnose aux patients.

P4 : « moi je n'avais que l'image de ce que vous voyez à la télé : vous dormez ou vous déshabillez sur scène. »

Pour d'autres, l'hypnose a un côté **irrationnel** voire **magique**. Plusieurs patients la mettent en lien avec des expériences qu'ils disent avoir vécu.

P4 : « Moi j'ai été confronté à ça [des expériences surnaturelles] plusieurs fois et je pense que ça ... parce que l'hypnose c'est pas rationnel non plus. »

P12 : « J'en avais une image un peu marabout. »

L'**absence d'explication** est vécue comme une **nécessité** par P4.

P4 : « Ça me va bien de pas avoir la réponse en fait. Peut-être que si c'était trop rationnel ... Vous savez c'est comme un magicien qui vous fait un tour. Quand vous avez l'explication, ça fait partir ... C'est pareil pour moi. »

L'utilisation par certains patients du verbe « croire » est intéressante. Elle renvoie à un concept plus **spirituel** de l'hypnose.

P13 : « j'y crois beaucoup en ce genre de choses. »

Une partie des patients n'avaient **pas de connaissances** sur l'hypnose avant la première séance.

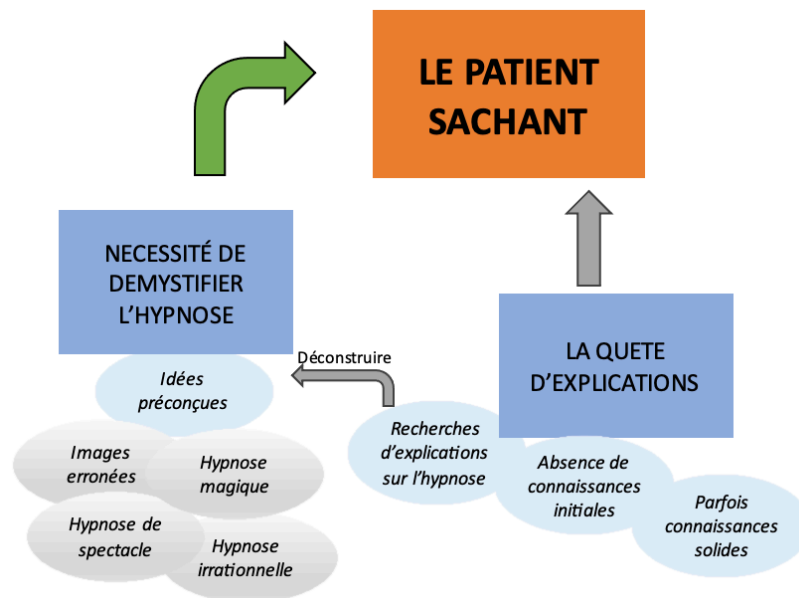
P1 : « Oh non avant je connaissais pas du tout. »

Certains voudraient avoir **plus d'explications** concernant l'hypnose et son usage.

P11 : « Mais moi j'aimerais bien en savoir un petit peu plus, plusieurs sortes d'hypnose, est-ce que ça fonctionne de la même façon ? »

Il est également possible de tomber sur des patients qui ont des **connaissances solides** sur la technique de l'hypnose. C'est un facteur qui peut aider les patients sceptiques à envisager cette méthode.

P8 : « *ma mère est psychologue et fait de l'hypnose* », « *c'est déjà reconnu quand même qu'il peut y avoir plein de bénéfices donc ouais. Et puis moi je le savais déjà ça donc je voulais bien essayer.* »



Carte conceptuelle 12 : Représentations de l'hypnose et connaissances.

D) Rapport du patient à l'hypnose

Les patients peuvent accepter de tester l'hypnose parce qu'ils ont l'impression que c'est leur **dernier recours**. Certains **n'y croient pas**, d'autres placent de l'**espoir** dans cette dernière carte à jouer.

P2 : « *au début c'était euh quelque chose qui n'existe pas. C'était euh pas du blabla [...] Oui un petit peu quand même* », « *C'était pas mon dernier recours mais quand même.* »

P13 : « *Je suis sortie, je me suis dit j'espère que ça va marcher.* »

Certains des patients interrogés étaient **ouverts** à essayer la technique **sans a priori** voire avec **curiosité**. Ils n'ont pas hésité à tester l'hypnose ce qui marque déjà une forme de confiance.

P3 : « *Moi au début j'étais un peu curieux.* »

P9 : « *j'y suis allée sans appréhension.* »

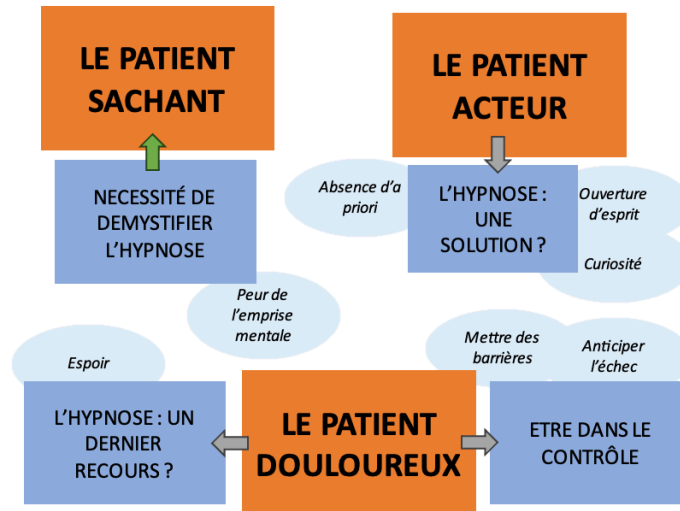
Il n'empêche que certaines **peurs** pouvaient être ressenties notamment la peur de l'**emprise mentale**. Ces peurs peuvent être des **barrières** à l'adhésion des patients à l'hypnose.

P5 : « *Il y a un peu ce truc quand on l'a pas testé où on se dit « ouais si ça se trouve je vais plus, je vais pas savoir ce que je fais, on va me faire faire des trucs ».* »

P13 : « *C'est ce que j'avais peut-être peur aussi, qu'il rentre dans ma tête, qu'il cherche des trucs que je veux pas, c'est bizarre à expliquer.* »

Certains ont **anticipé l'échec** de l'hypnose.

P8 : « *j'avais l'impression que moi je serai forcément réfractaire parce que j'ai tendance à pas réussir à lâcher prise donc je pensais que j'arriverai pas à rentrer dans un état second.* »



Carte conceptuelle 13 : Rapport du patient à l'hypnose.

E) Les attentes du patient

L'hypnose est rarement le premier essai des patients pour essayer de soulager leurs symptômes. Ils n'ont **pas d'attentes** par rapport à cette prise en charge.

P2 : « *En sachant quand même que je m'étais dit « si ça marche pas, ça marche pas ».* »

P5 : « *Et j'en attendais quoi ? Beh en fait pas grand-chose* »

L'hypnose pouvait être perçue comme une nouvelle manière d'appréhender le monde, une **nouvelle manière de vivre** pour P6 : « *je me suis dit « ça peut peut-être servir à d'autres choses », un peu comme une philosophie.* »

Comme attendu, les demandes des patients se portaient directement sur leurs **douleurs** : certains voulaient les diminuer, d'autres même en **guérir**. D'autres encore souhaitaient trouver une explication à leur douleur, un potentiel blocage.

P6 : « *Bon ma demande c'était évidemment la douleur.* »

P9 : « *Au début pour l'algo c'était pour arriver à trouver l'élément déclencheur, ça on n'a pas réussi à retrouver.* »

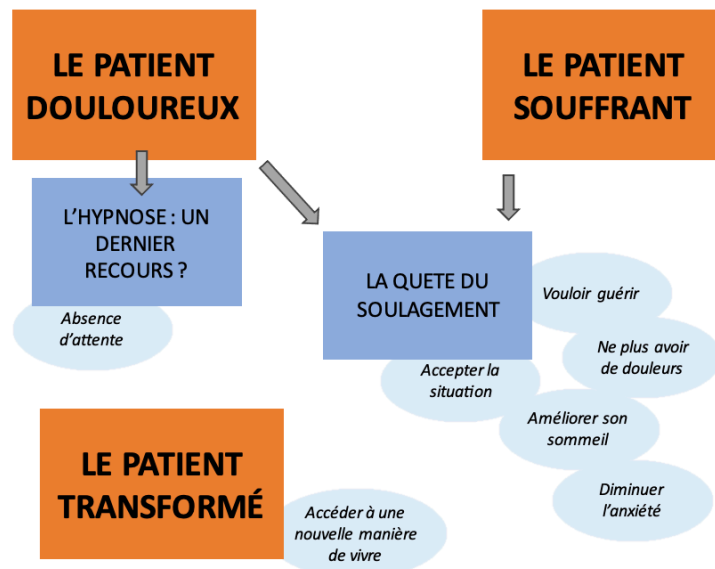
P11 : « *Moi mon objectif c'est d'être comme avant, de vivre ma vie d'avant.* »

Les attentes des patients pouvaient se porter sur d'autres sujets. Elles pouvaient concerner la **relation thérapeutique** en elle-même.

P4 : « *Les médecins alternatives ils ont moins de prescriptions, alors c'est pas le même but, [...] jouer justement sur le relationnel.* »

Elles se portaient aussi sur les conséquences des douleurs comme le **sommeil** ou l'**anxiété**. Certains patients espéraient **accepter** leur situation grâce à l'hypnose.

P10 : « M'aider à moins stresser, à vivre mieux si vous voulez. Que ça me vide un peu l'esprit. »
 P11 : « Ça m'aurait fait du bien pour moi personnellement pour essayer de m'adapter à ce que je vis aujourd'hui, que j'étais pas du tout prête à vivre en fait. »



Carte conceptuelle 14 : Les attentes du patient.

F) L'hypnose, une thérapie encore controversée

L'hypnose ne fait pas l'unanimité. Elle garde une **mauvaise image dans la société** qui est liée en partie à la méconnaissance des individus et à l'image renvoyée par les médias.

P4 : « C'est pas quelque chose de très connu et quand vous en parlez, les gens vous font (souffle). »

P7 : « Après il y en a beaucoup qui sont réfractaires. L'hypnose pour eux c'est un spectacle. On fait la poule. C'est des idées reçues. »

Les patients sont toutefois **soutenus par leur entourage**.

P5 : « Ma mère [...] m'avait dit ce serait bien d'explorer, de tester l'hypnose. »

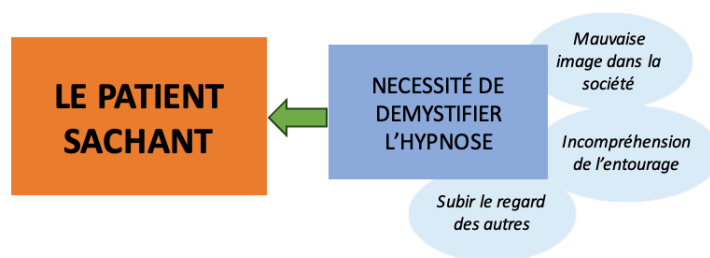
Pour d'autres, l'**incompréhension de l'entourage** reste présente ce qui peut être difficile à vivre.

P7 : « Mon mari l'hypnose c'est pas son truc. »

Le **regard des autres** sur cette technique n'est pas toujours simple à gérer pour les patients. Certains se sentent jugés et n'osent pas parler de leur prise en charge à l'extérieur. D'autres assument pleinement avoir recours à l'hypnose.

P4 : « Donc j'en parle pas beaucoup quoi. »

P12 : « tant que moi je suis en paix avec ça. Après si les gens ils trouvent ça folklorique beh tant pis. »



Carte conceptuelle 15 : L'hypnose, une thérapie encore controversée.

G) Difficultés d'accès

Le **prix** des séances d'hypnose, quand elles ne sont pas réalisées dans le cadre hospitalier, représente un coût conséquent pour les patients. Il peut être vu comme un **frein** pour certains patients.

P12 : « *je vous dis le prix c'est déjà un frein, pourtant je gagne pas trop mal ma vie mais ça reste du luxe quand même.* »

Pour d'autres patients, ce prix n'est pas un frein car l'hypnose est vue comme un **investissement**.

P7 : « *A un moment donné c'est soit on se soigne soit on ne se soigne pas.* », « *si derrière on arrive à s'approprier la méthode, après c'est gratuit. Moi, j'en fais au quotidien et c'est gratuit pour moi.* »

Il n'est pas toujours évident pour les patients de **trouver un hypnothérapeute** et savoir vers qui se tourner en toute confiance.

P1 : « *Parce que quand vous tapez sur Google vous en avez toute une série.* »

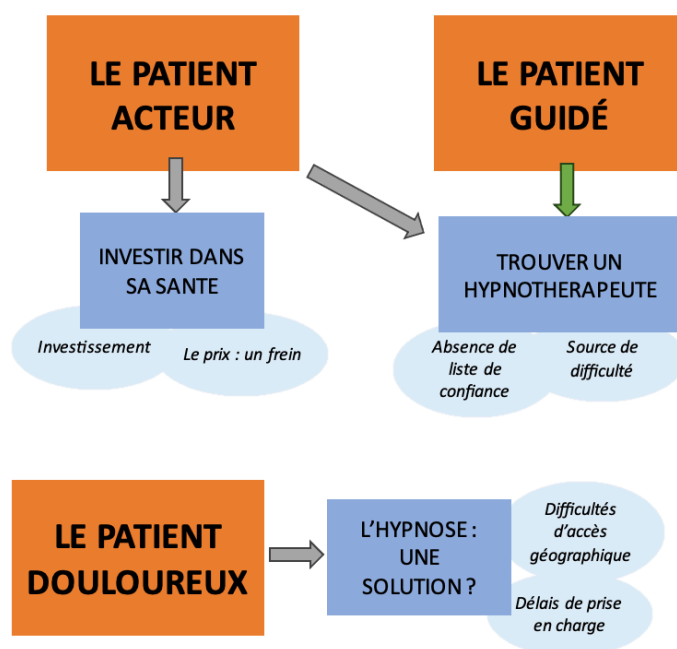
P11 : « *en tant que patient quand on ne sait pas où aller, quoi faire, comment on peut faire pour être dirigé vers quelqu'un ? On prend quoi ? L'annuaire ?* »

L'**accessibilité géographique** peut aussi être un frein à l'accès à l'hypnose.

P6 : « *je sais pas, habiter au milieu de nulle part, sans ça je sais pas comment j'aurais fait.* »

Les **délais** de prise en charge sont très variables en fonction du statut de l'hypnothérapeute et de son lieu d'exercice. En ville, les délais sont relativement rapides mais beaucoup plus longs à l'hôpital. Cette attente peut être vécue difficilement par certains patients.

P6 : « *c'est une prise en charge vraiment géniale mais il faut attendre des mois et des mois.* », « *il y a plein de gens comme moi qui souffrent qui sont en attente d'avoir des rendez-vous.* »



Carte conceptuelle 16 : Difficultés d'accès.

VI. Relation thérapeutique avec l'hypnothérapeute

A) Orientation vers l'hypnothérapeute

Plusieurs patients **connaissaient** déjà leur hypnothérapeute ce qui a pu les rassurer. Il pouvait s'agir de leur médecin traitant ou d'un professionnel de santé qui les suivait dans le cadre de leur pathologie. Cette relation antérieure permet aussi au praticien de connaître le patient et ses problèmes et d'adapter sa prise en charge par rapport à ces éléments.

P2 : « pour moi c'est plus facile parce qu'il me connaît donc il sait sur quoi travailler. »

P13 : « j'en ai profité pour en faire avec lui vu que j'avais confiance en lui. »

A posteriori pour P13, le fait d'avoir son médecin traitant comme hypnothérapeute a pu être un frein à son adhésion à l'hypnose. Sa **réaction est ambivalente**. D'un côté elle considère s'être fermée à cause de cette relation préexistante. De l'autre, elle avait besoin de connaître son hypnothérapeute et d'avoir un lien de confiance déjà établi.

P13 : « Est-ce que c'était parce que c'était mon médecin traitant ? Est-ce que ça aurait dû être quelqu'un d'autre ? Je sais pas. C'est ce que je me dis aussi. »

D'autres patients ont connu leur hypnothérapeute par le **bouche-à-oreille**, par des connaissances qui leur ont conseillé. Cela a suffi à les mettre en confiance avec le thérapeute.

P1 : « c'est par le bouche-à-oreille que j'ai appris [...] tout le monde connaissait. C'est comme ça, vous arrivez et vous avez pas peur de ce qui vous attend. »

Pour une patiente, c'est le **hasard** qui l'a conduit à son hypnothérapeute.

P11 : « Donc c'est à la prise de sang que j'ai découvert qu'il y avait quelqu'un qui faisait de la thérapie brève [...] c'est vraiment par hasard. »

Les patients qui n'avaient jamais vu leur hypnothérapeute ont cherché à avoir des informations le concernant.

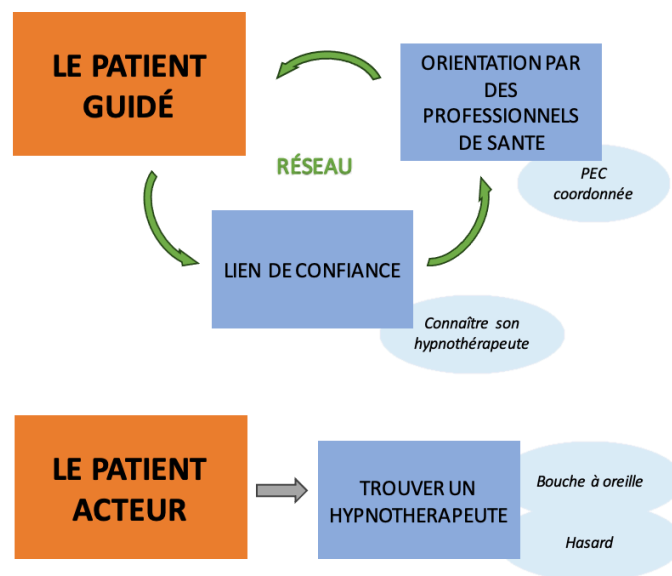
P11 : « j'en avais parlé avec l'infirmière », « je n'irai nulle part sans avoir quelques informations. »

P7 et P9 ont initialement été orientées vers leur hypnothérapeute par un **professionnel de santé**. Le cas de P9 est particulier car sa prise en charge a été l'un des éléments déclencheurs pour son kinésithérapeute pour se former en hypnose.

P9 : « il me dit « il y a une médecin du sport qui fait de l'hypnose [...] et en fait il l'avait appelée. », « à la suite de ça Mr H6 a pris contact avec cette personne là pour savoir où elle avait fait ses études pour l'hypnose. »

L'hypnothérapeute peut aussi choisir d'adresser le patient vers un confrère pour prendre en charge des pathologies qui ne sont pas dans son domaine d'expertise. P7 a bénéficié de cette **prise en charge coordonnée**.

P7 : « il m'a demandé d'aller voir un confrère qui était psy en syndrome post traumatique. »



Carte conceptuelle 17 : Orientation vers l'hypnothérapeute.

B) Lien de confiance et relation soignant-soigné

La **relation de confiance** est déjà établie pour les patients qui connaissent leur hypnothérapeute. Ce lien est vu comme une **nécessité**.

P2 : « Pour moi lâcher prise avec quelqu'un que je connais pas, je sais pas si j'aurais été aussi réceptive ou alors il aurait fallu plus de temps. »

Ce lien de confiance préexistant est un facteur qui a pu convaincre des patients qui étaient réfractaires à l'idée de tester cette technique.

P8 : « c'est bien que ce soit le Dr H2 qui m'ait proposé parce que, même à ma mère j'avais dit non, alors que le Dr H2 j'ai dit « ouais ok pourquoi pas ». »

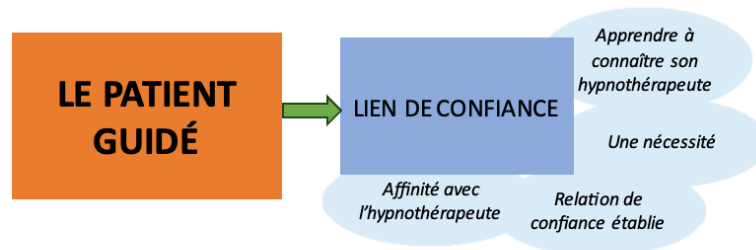
Pour des patients qui ne connaissaient par leur hypnothérapeute, la confiance a parfois été **immédiate**. Pour d'autres, le lien de confiance s'est établi **progressivement**. Passer par des soins médicaux ou paramédicaux leur a permis de tester l'hypnose dans un second temps.

P7 : « *quand du coup je me suis sentie en confiance avec lui, on a retenté l'hypnose.* »

P12 : « *Le fait d'avoir déjà vu Mme H3 avant ça m'a aidé, de créer un lien, sa bienveillance, ça met en confiance. Elle a su me parler, m'écouter.* »

La confiance passe aussi par l'**affinité** qu'un patient peut avoir avec le soignant.

P11 : « *Et puis le courant est bien passé, c'est important aussi je pense de se sentir bien avec la personne.* »



Carte conceptuelle 18 : Lien de confiance et relation soignant-soigné.

C) Statut de l'hypnothérapeute

Tous les patients interrogés ont bénéficié d'une prise en charge en hypnose par des **professionnels de santé**. La confiance qu'ils accordent à leur hypnothérapeute dépend en partie de ce statut de soignant, c'est un **gage de sécurité** pour eux.

P12 : « *Pour moi, que ce soit pris en charge par tout ce qui est médecin c'est beaucoup plus rassurant, qu'il y ait un suivi, pas juste « rappelez-moi à la prochaine lune ».* »

Les patients font la **distinction** entre les hypnothérapeutes ayant une formation en santé et ceux sans.

P9 : « *mon médecin il me dit d'aller voir un hypnotiseur mais je dis il y a hypnotiseur et hypnotiseur.* »

Une partie des patients interrogés ont une **image négative** des hypnothérapeutes qui n'ont pas ce statut de professionnels de santé.

P6 : « *Je remets pas en cause leur travail mais de mon point de vue je pense que j'aurais plus de mal. J'aurais plus vu ça comme le rebouteux du coin.* »

P12 : « *Pour la confiance, le fait de me dire est-ce qu'il y a un diplôme derrière ça ? Quelle formation ? [...] A l'époque j'avais déjà senti que c'était un frein.* »

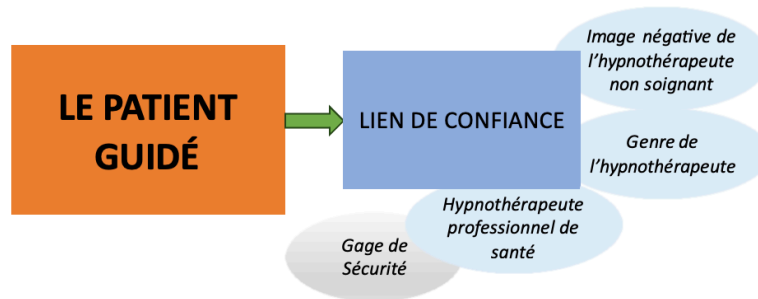
P5 n'aurait pas vu d'inconvénients à voir un hypnothérapeute sans statut de soignant : « *Je pense que oui, j'aurais testé à l'extérieur. Non, j'aurais pas eu de problème à y aller.* »

Deux patientes ont évoqué le rapport de leur hypnothérapeute avec l'hypnose, du moins celui qu'elles imaginent. Dans leur analyse, l'hypnose peut apporter des bénéfices à leur hypnothérapeute.

P1 : « *Je pense qu'elle est médecin d'abord et qu'ensuite elle fait de l'hypnose parce que ça doit l'intéresser, lui apporte aussi quelque chose intellectuellement.* »

Le **genre** de l'hypnothérapeute peut être important pour certains patients, surtout pour les femmes qui se voient parfois plus difficilement se confier à un homme.

P12 : « *Après je vous avouerais que si ça avait été un homme je sais pas, la confiance je sais pas si j'aurais pu.* »



Carte conceptuelle 19 : Statut de l'hypnothérapeute.

D) Les rôles de l'hypnothérapeute

L'hypnothérapeute peut jouer différents rôles pour le patient. Il peut être un **confident** pour le patient.

P10 : « *J'ose parler de choses que je parlais pas.* »

Il **écoute** le patient avec empathie et attention. Pour certains patients dont la douleur a été banalisée au cours de leur suivi, les échanges avec l'hypnothérapeute peuvent être bénéfiques et renforcer la relation de soin. Pour certains, il **valide** même l'existence des douleurs.

P2 : « *Mr H2 est, enfin me croyait, donc non c'était pas ma tête qui déconnait.* »

P4 : « *Moi j'y trouve une écoute incroyable, parce que d'abord c'est quelqu'un qui m'écoute sans m'interrompre, c'est très important, et qui ne me juge jamais.* »

La **personnalité bienveillante** de l'hypnothérapeute est aussi un point soulevé par plusieurs patients.

P6 : « *la personnalité de l'accompagnant est importante, je la trouve extraordinaire. [...] Elle a ce qu'il faut et pour mettre en confiance et la bienveillance* »

Pour P7, l'hypnothérapeute est même vu comme un **sauveur** : « *concrètement il m'a sauvé.* »

Plusieurs patients décrivent une forme de **fidélité** envers leur hypnothérapeute.

P2 : « *Mais je n'irai pas voir ailleurs.* »

Dans sa pratique, l'hypnothérapeute joue un rôle de **guide**. Il montre la voie pour que le patient trouve à l'intérieur de lui-même les ressources nécessaires au changement.

P7 : « *moi il m'a insufflé les idées de base et à partir de là je prenais les rênes et j'appliquais ce qu'il voulait mais à ma sauce.* »

P11 : « *C'est à nous de faire une partie du travail. Elle donne la clé et c'est à nous d'ouvrir la serrure.* »

Il évalue les besoins du patient et **adapte** ses techniques et ses exercices à chaque situation et chaque moment. Si besoin, il **débriefe** avec le patient si un élément a pu être gênant, perturbant ou inefficace pour modifier les séances futures.

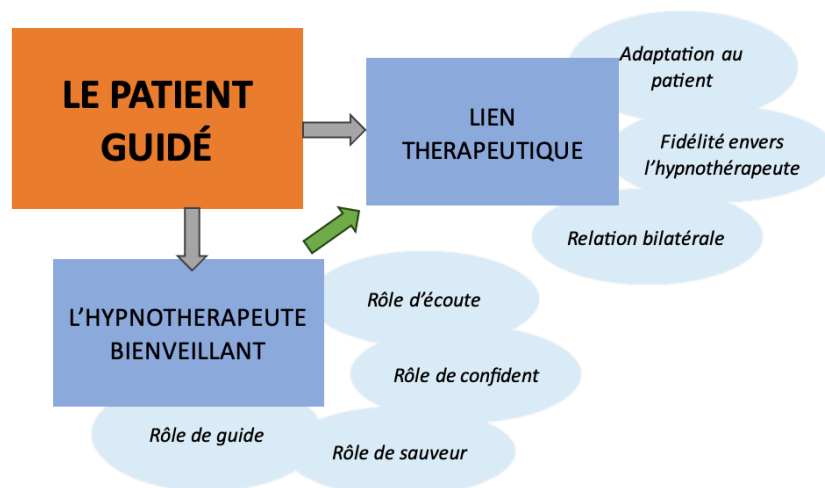
P4 : « *c'est pas répétitif à chaque fois, peut-être en fonction de ce que je lui explique, elle sent que j'ai besoin plus d'être orientée dans tel ou tel domaine.* »

P7 : « *Il a complètement changé sa méthode de base avec moi, ça on oublie.* »

Le patient peut aider l'hypnothérapeute à développer sa technique ce qui crée une **relation bilatérale** où chacun apporte quelque chose à l'autre.

P9 : « *quand il a de nouvelles méthodes il me dit « ça vous tenterait pas d'essayer ? J'ai appris ça en formation l'autre jour ».* »

Même si la relation créée avec l'hypnothérapeute paraît être un élément essentiel pour les patients, pour P1 c'est un **élément dissociable** de l'efficacité de l'hypnose : « *vous pouvez ne pas vous sentir bien avec le médecin mais avoir un résultat sur votre hypnose.* »



Carte conceptuelle 20 : Les rôles de l'hypnothérapeute.

VII. Travail de l'hypnose : vers l'autonomie du patient

A) Temps d'explication et de discussion

Avant de débiter le travail en hypnose, les patients décrivent un temps d'échange et d'explications avec leur hypnothérapeute.

Ce temps permet à l'hypnothérapeute de déterminer quelles sont les demandes du patient. C'est aussi un moment important qui lui permet d'apprendre à **mieux connaître le patient** et ses centres d'intérêt. Ces informations sont nécessaires à l'hypnothérapeute pour construire ses séances.

P1 : « *La première fois c'était pour me demander ce que je voulais, ce que je pensais.* »

En fonction de l'hypnothérapeute et des besoins des patients, ce temps de discussion peut être répété avant le début de chaque séance.

P6 : « avec Mme H3 avant de faire la séance on a un temps de discussion [...] pas seulement on vient on fait sa petite séance et au revoir. C'est ça que j'ai apprécié aussi. On parle de la douleur, comment ça va, comment on gère et puis de tout le reste. »

L'hypnothérapeute donne aussi des **explications** sur le déroulement des séances. Ce temps permet aussi de **déconstruire les fausses images** que les patients se font de l'hypnose, notamment cette image d'hypnose spectacle.

P4 : « D'ailleurs on a démarré comme ça. Tout de suite elle m'a dit « ne vous attendez pas à voir ce que vous voyez à la télévision ». »

P13 : « il m'avait expliqué ce qui allait se passer. »

Les objectifs de la prise en charge en hypnose sont énoncés. Ils peuvent concerner **la douleur** en elle-même ou **ses conséquences**. Ils n'ont pas pour objet la guérison immédiate du problème mais plutôt sa gestion.

P1 : « C'est comme pour mes douleurs, elle m'a précisée que c'est à long terme. Du moment que vous le savez, aussi vous partez en sachant que ce sera pas guéri. »

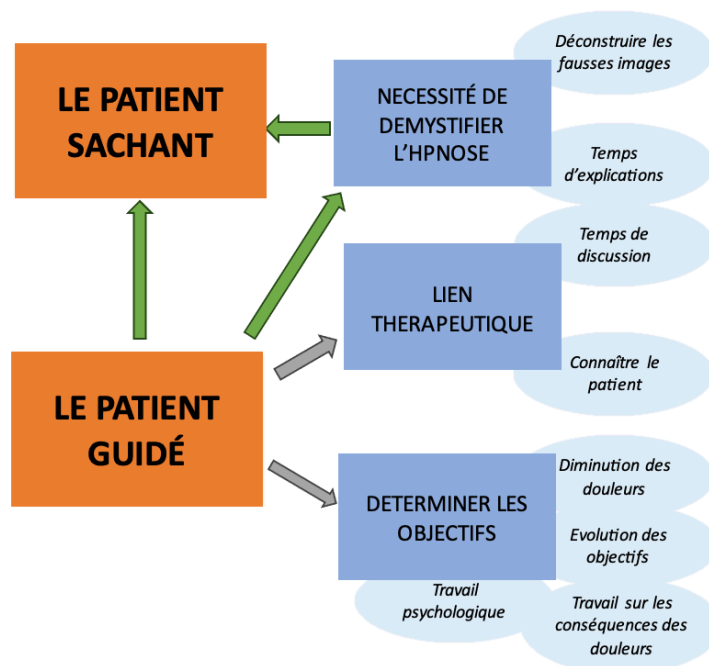
P6 : « Elle m'a dit « non on va pas ... notre objectif c'est pas la douleur c'est tout le reste », le bien-être. »

Pour plusieurs patients, l'objectif a été de rechercher et travailler sur des **éléments psychologiques** qui ont pu jouer sur l'apparition, le maintien ou le vécu de la douleur.

P9 : « elle avait dit « oui moi je peux essayer de faire quelque chose, on peut essayer de débloquent déjà sur le psychologique ». »

Ces objectifs peuvent **varier** d'une séance à l'autre. Le patient peut aussi utiliser l'hypnose pour gérer d'autres problèmes.

P4 : « on déroule la séance un peu en fonction de ce que je lui demande, soit sur les douleurs physiques, soit le sommeil. »



Carte conceptuelle 21 : Temps d'explications et de discussion.

B) Travail sous hypnose

Pour certains patients, le travail en hypnose se fait grâce à l'hypnothérapeute.

P3 : « *Quand je suis avec Mme H3, je suis avec elle mais elle m'emmène dans son monde.* »

Pour adhérer aux exercices, certains patients vont avoir besoin d'**images concrètes** et réalistes comme P7 : « *Dès qu'on partait sur des trucs farfelus ça marchait pas.* »

Plusieurs patients décrivent l'**état de dissociation** dans lequel ils se trouvent pendant les séances d'hypnose. Pour l'induire, les hypnothérapeutes peuvent utiliser différents canaux sensoriels.

P1 : « *En fin de compte on a l'impression d'avoir le cerveau en deux : d'un côté l'image que vous vous faites, parce que moi elle me dit pensez à quelque chose qui vous fait du bien alors moi toujours mon petit chemin mais vous avez l'autre côté où elle parle.* »

P6 : « *j'ai eu la sensation de me scinder de mon corps.* »

Il existe plusieurs types d'**exercices communs** utilisés en hypnose. On peut retrouver dans les entretiens l'utilisation du **lieu de sécurité** dans lequel le patient peut se réfugier.

P5 : « *elle me fait visualiser une bulle.* »

P13 : « *il faut se mettre dans un endroit où on est bien.* »

D'autres patients parlent de retrouver des sensations anciennes et agréables comme une **madeleine de Proust**.

P6 : « *j'ai eu des sensations très lointaines de quand j'étais petite, des moments avec mes grands-parents.* »

Il s'agit parfois d'un **moment d'évasion** pour le patient. Ils vivent le moment plus qu'ils ne l'imaginent.

P7 : « *Je m'échappe, je suis vraiment dans une forêt ou à survoler des montagnes. Je le vois en fait. Si j'étais à la place de l'oiseau ou de la personne qui marche ou peu importe, ça pourrait être réel tellement je le visualise.* »

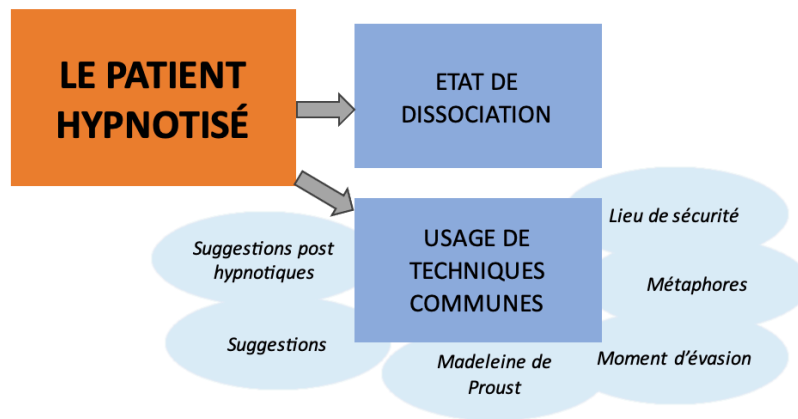
Les **métaphores** sont utilisées pour **imager la douleur**. Les récits métaphoriques peuvent permettre de gérer la douleur et ses conséquences négatives.

P2 : « *comme si j'avais une grosse pierre dans le dos et j'avais un étau pour resserrer [...] Au fur et à mesure la pierre est devenue plus petite, c'était plus de la pierre et euh beh la manivelle elle allait dans l'autre sens.* »

P8 : « *Trouver des façons d'imaginer comment relâcher la ... l'emprise sur la douleur et la laisser partir. Toutes ces images étaient quand même centrées sur l'évacuation de la douleur.* »

Les patients décrivent très bien l'utilisation par leur hypnothérapeute de techniques de **suggestions** au cours des séances et de **suggestions post-hypnotique**.

P11 : « *Elle m'a suggéré des choses pour que je souffre moins avec mon pied.* », « *quand j'étais à la porte elle me dit « beh maintenant il faut lâcher les béquilles ».* »



Carte conceptuelle 22 : Travail sous hypnose.

C) Garder le contrôle

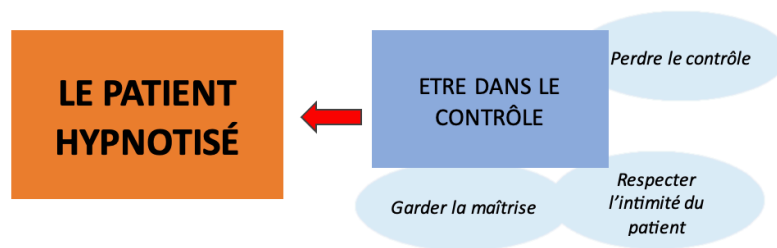
L'une des principales peurs évoquées par les patients est la perte de contrôle pendant la séance d'hypnose. P6 décrit avoir **perdu le contrôle** sur une partie de son corps pendant une séance ce qui l'a effrayée.

P6 : « *j'ai trouvé que c'était carrément hallucinant mais ça m'a fait peur parce que j'avais pas le contrôle sur les choses donc je l'ai pas refait.* »

D'autres patients arrivent à **garder la maîtrise** de ce qu'ils font. L'hypnose **respecte l'intimité** de ce qu'ils souhaitent partager ou non à l'hypnothérapeute.

P9 : « *quand on me dit lâchez-vous, criez, il y a mon arrière moi qui dit « non non je vais pas le faire », [...] c'est la preuve qu'on peut quand même rester sous le contrôle de nous-même.* »

P11 : « *Après on dit ce qu'on veut aussi, on n'est pas obligé de rentrer dans les grands détails.* »



Carte conceptuelle 23 : Garder le contrôle.

D) Poursuivre les séances

P8 et P13 ont **arrêté** les séances d'hypnose parce qu'ils n'ont pas eu les bénéfices escomptés. Au contraire, d'autres patients ont stoppé les séances car l'objectif initial a été rempli mais restent ouverts à l'idée de refaire appel à cette technique en cas de besoin.

P2 : « *C'est plutôt une gêne qu'une douleur. Au niveau moral je suis beaucoup mieux [...] Donc du coup j'en voyais plus trop l'intérêt.* », « *j'en referai sans hésiter. S'il y avait besoin, si je sentais à un moment que ça ne va pas.* »

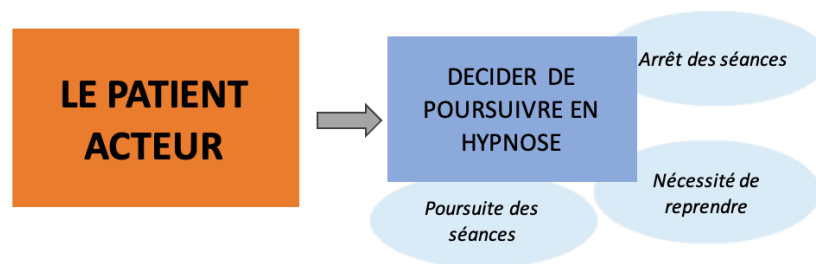
Certains patients **poursuivent** les séances d'hypnose de manière plus ou moins régulière pour la prise en charge des douleurs chroniques ou d'autres problèmes.

P1 : « *Donc une fois par an, je vais faire une séance d'hypnose chez Mme H1.* »

D'autres patients ont ressenti à certaines périodes le **besoin de refaire** des séances d'hypnose soit pour apprendre de nouvelles techniques soit parce que leur douleur réenvahissait leur vie.

P6 : *je l'ai resollicitée l'année dernière [...] je me suis permis de lui envoyer un mail en lui disant « je vais pas bien, je vais trop mal, j'arrive plus à gérer la douleur ». [...] Donc ça a été redonner un petit coup de pouce à un moment donné.* »

P7 : « *Là je lui ai demandé par mail si on pouvait en refaire une, simplement pour échanger et avoir de nouvelles pistes.* »



Carte conceptuelle 24 : Poursuivre les séances.

E) Place de l'autohypnose

1) Exercices utilisés

L'**autohypnose** s'apprend auprès d'un hypnothérapeute. Celui-ci peut proposer au patient de continuer les exercices par lui-même ou avec l'aide d'enregistrements.

P8 : « *Il m'avait conseillé de recréer un petit scénario qu'il avait fait la première fois avec moi.* »

P12 : « *elle s'enregistre et quand j'ai un petit moment, je prends mes écouteurs, je me mets dessus et je refais les exercices.* »

La maîtrise de l'autohypnose nécessite de l'**entraînement**. Certains hypnothérapeutes apprennent aussi à leurs patients à réaliser des **exercices de respiration**, plus accessibles.

P2 : « *Par contre ce qui marche très bien et qu'il m'a appris aussi c'est la respiration.* »

P6 : « *donc je me suis beaucoup entraînée.* »

Certains patients peuvent **retrouver cette transe hypnotique** grâce à l'autohypnose. Ils utilisent des exercices déjà travaillés en séance ou trouvent de l'inspiration dans leur environnement ou leur **imaginaire** et en créent de nouveaux.

P1 : « *je m'allonge et je repars du début de ma randonnée, je remonte le petit ruisseau.* »

2) Utilisation dans le quotidien

Les patients utilisent l'autohypnose ou les exercices de respiration pour essayer de **gérer leurs douleurs** ou le **handicap associé**.

P5 : « *le bus c'est un moment quand je supporte le moins, du coup je vais faire des exercices* »

P7 : « *Au quotidien l'hypnose je l'utilise tout le temps, sinon mon bras ne fonctionnerait pas.* »

Ces exercices leurs permettent de faire un moment de pause pour **s'évader** de la réalité et du quotidien ou **recupérer de l'énergie**.

P6 : « *il y a l'exercice et puis avant de faire l'exercice on peut s'adresser une espèce de requête, comme là j'ai besoin d'énergie donc hop.* »

P7 : « *Les enfants vont se chamailler, à un moment ils vont devoir me faire revenir parce que si j'ai décidé de pas les entendre, je m'évade.* »

L'autohypnose est aussi utilisée par les patients pour **le sommeil**, surtout pour la phase d'endormissement et pour gérer des moments de **stress**.

P2 : « *j'ai beaucoup d'examens médicaux avec mon suivi donc à chaque fois que je passe un scanner ou avant de voir la cancérologue je travaille sur ma respiration.* »

P6 : « *je le fais encore tous les soirs, je m'endors avec mon petit ancrage.* »

3) Difficultés et conséquences

Plusieurs patients éprouvent des difficultés à pratiquer l'autohypnose. Différents facteurs peuvent être mis en cause. Pour certains patients, le fait d'**être seul** est un frein. Cela rend la présence de l'hypnothérapeute essentielle.

P2 : « *Ça marche pas. Je pense que toute seule je suis pas capable.* »

P3 : « *Y'a un truc au fond de moi qui me dit c'est pas vrai.* », « *j'ai besoin d'un coach.* »

Certains éléments du **quotidien** peuvent rendre plus difficile l'exercice de l'autohypnose.

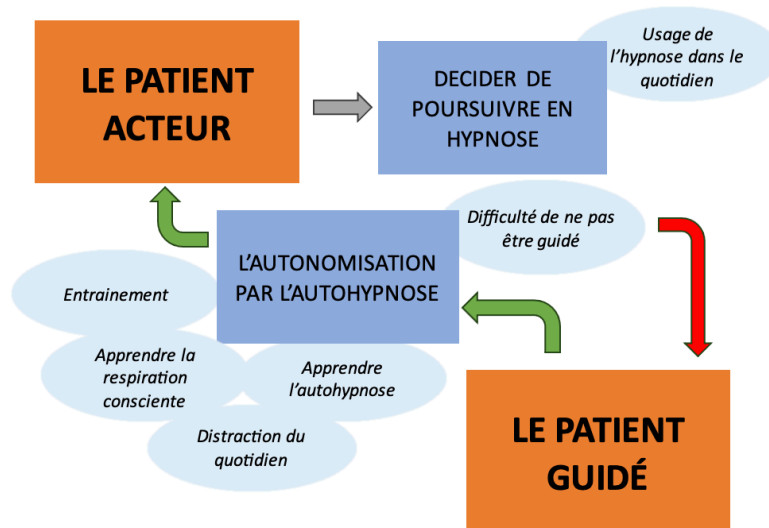
P5 : « *quand je le fais par moi-même souvent je vous dis c'est quand je suis dans le bus et il y a un contexte autour qui fait que je suis pas totalement dans la bulle quoi.* »

P9 : « *l'autohypnose le soir c'est pas évident, il y a du bruit, je suis pas toute seule.* »

D'autres patients comme P11 ont du mal à rester dans la transe hypnotique et sont facilement **distraits** par leurs pensées : « *j'ai du mal à me concentrer. Tout d'un coup mes idées, elles repartent sur un autre truc.* »

Parfois, les bienfaits de l'hypnose **se dissipent** progressivement comme pour P4 qui n'arrive plus à effectuer les exercices après quelques semaines. Cela explique la nécessité pour certains patients de poursuivre les séances d'hypnose.

P4 : « *J'arrive à reproduire au début chez moi le schéma qu'elle m'a indiqué mais à un moment ça s'estompe.* »



Carte conceptuelle 25 : Place de l'autohypnose.

VIII. Bénéfices de l'hypnose et changements de perception

A) Image de l'hypnose après la prise en charge

Les **a priori** des patients ont été balayés en essayant l'hypnose. Certains portent désormais un **œil critique** à la pratique de l'hypnose de spectacle.

P4 : « *ce qu'on nous montre à la télé, vous dormez machin, c'est pipeau garanti.* »

P11 : « *je me suis rendu compte que c'était pas du tout une séance qui allait m'endormir complètement, simplement me détendre.* »

Certains patients ont une vision de l'**hypnose libératrice** qui leur permet de revivre et qui les a **transformés**.

P7 : « *Moi ça m'a clairement permis de revivre.* »

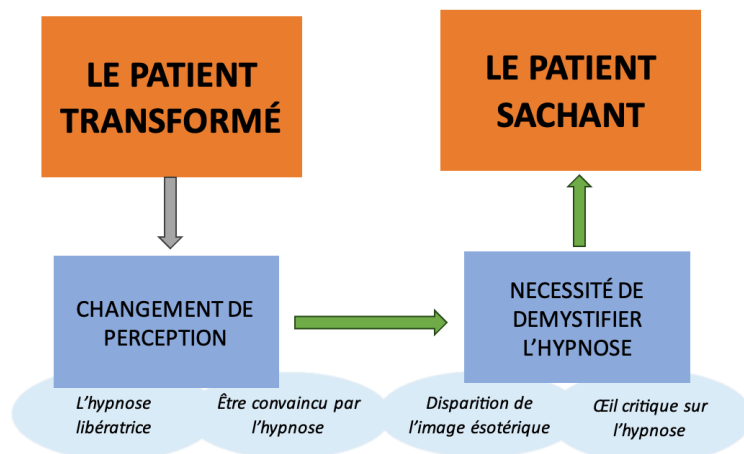
P12 : « *Franchement, moi, ça m'a changé.* », « *J'ai l'impression d'avoir été ressuscitée.* »

Cependant, l'hypnose **n'a plus l'image d'une pratique ésotérique** qui guérit mais plus une image de thérapie d'accompagnement.

P1 : « *ce sont des choses naturelles sans avoir un engagement spirituel.* », « *Mais si vous voulez c'est pas encore pour le mal que vous avez, [...] vous assumez mieux vos problèmes.* »

P6 : « *C'est pas un remède miracle non plus.* »

L'hypnose a apporté du « *positif* » (P1) pour plusieurs patients pour qui cette prise en charge a été « *fabuleuse* » (P3). Elle a **convaincu** des patients qui étaient pourtant initialement réticents comme P2 : « *ça fonctionne en fait et j'y retourne avec plaisir.* »



Carte conceptuelle 26 : Image de l'hypnose après la prise en charge.

B) Une meilleure gestion des douleurs

Les patients peuvent ressentir une **diminution de leur douleur** pendant la séance et à plus long terme.

P2 : « *C'est plus une douleur, c'est une gêne.* »

L'hypnose permet également aux patients d'apprendre à **gérer la douleur** et les **crises**.

P7 : « *Je peux rentrer en ayant passé une heure à vomir, je ressors j'ai plus rien.* »

P9 : « *par contre régler les douleurs et tout ça oui j'y arrive [...] je me redis j'ai mal à l'épaule, je remets l'interrupteur là.* »

La gestion de la douleur par l'hypnose a comme bénéfice secondaire de **diminuer l'usage des antalgiques**.

P2 : « *Oui oui en parallèle j'en prenais [des antalgiques] et j'ai diminué progressivement.* »

Ces bénéfices permettent aussi aux patients de **voir la place de la douleur diminuer** dans leur vie et retrouver des moments de plaisir et un bien-être.

P1 : « *C'est pareil, si vous voulez, vous y pensez pas. C'est plus une obsession.* »

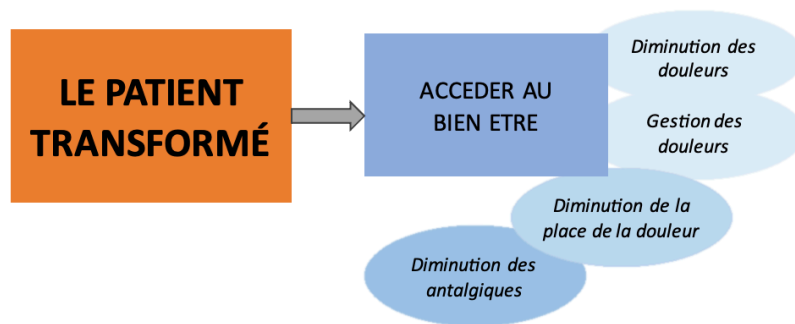
P9 : « *Je sais qu'elles sont là mais c'est comme si pour moi c'était normal. Je vis avec.* »

P12 décrit bien la distinction entre la pathologie et le ressenti de la douleur qui peuvent ne pas concorder.

P12 : « *Quand on fait des prises de sang de contrôle la truc réactive elle est pas forcément beaucoup plus basse ou voilà, c'est pas significatif, mais moi je me sens significativement mieux.* »

Pour certains cependant, la douleur a toujours cette **fonction d'alerte**. Elle leur permet de ne pas oublier de prendre soin d'eux et de leur santé.

P7 : « *Avoir mal c'est se dire que le membre est toujours là et qu'il y a quelque chose et qu'il faut faire attention.* »



Carte conceptuelle 27 : Une meilleure gestion des douleurs.

C) Un bénéfice plus global : le bien-être

Pour plusieurs patients, le **bien-être** est finalement le premier objectif qu'ils souhaitent atteindre grâce à l'hypnose. Ils corrélaient aussi la diminution des douleurs avec l'amélioration de leur santé psychique.

P1 : « *J'attends le bien-être et je l'ai trouvé dans l'hypnose.* »

P4 : « *Les séances contre les douleurs, ça me soulage dans la mesure où ça me relâche, ça les retire pas mais à partir du moment où on est plus relâché, [...] c'est sûr les douleurs s'apaisent.* »

Ce bien-être permet aux patients d'être **détendus** pendant la séance et parfois au-delà. Même P8 et P13 qui n'ont pas adhéré à l'hypnose ont pu ressentir cet effet.

P5 : « *La séance elle va durer vingt minutes et j'ai ces vingt minutes où je suis apaisée.* »

P8 : « *La séance d'hypnose en elle-même est assez relaxante et on sort assez détendu et apaisé.* »

L'hypnose permet à certains patients de retrouver une **sérénité** perdue à cause de la douleur.

P3 : « *Moi ça me calme la douleur et ça me calme moi. [...] Dire que j'avais moins mal ... mais j'étais calmé.* »

Pour plusieurs patients, l'hypnose a aussi permis d'**améliorer l'état psychologique** voire de les sortir d'états dépressifs.

P1 : « *même psychologiquement ça m'a vraiment aidé.* »

L'hypnose a un bénéfice sur leurs **symptômes anxieux**. Les patients décrivent moins d'inquiétudes, moins de crises d'angoisse.

P1 : « *On arrive à faire la part des choses sans angoisse, sans stress.* »

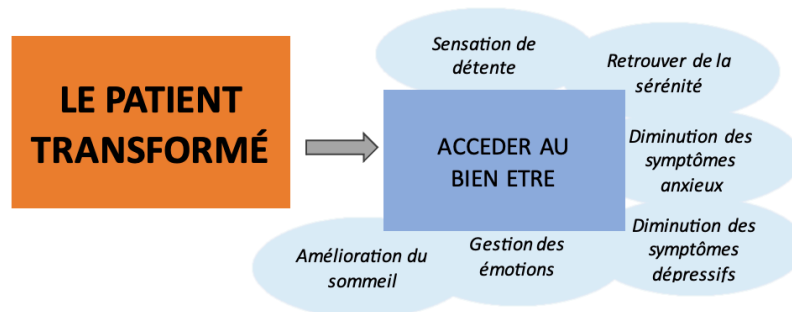
P12 : « *j'ai moins de crises d'angoisse.* »

L'hypnose a « amélioré le **sommeil** » (P12) de plusieurs patients. Certains utilisent toujours cette technique et les exercices d'autohypnose sont « *devenus un rituel d'endormissement* » (P6).

Les exercices en hypnose permettent aussi à certains patients de **gérer des émotions** négatives.

P6 : « *On peut vider tout ce qui ne va pas et puis après il y a un autre côté de l'armoire où on peut prendre des choses qui font du bien [...] ça permet vraiment d'évacuer et de rebooster.* »

P7 : « *On se recentre, on revient à des bases de calme, on se remet sur la ligne et on repart.* »



Carte conceptuelle 28 : Un bénéfice plus global : le bien-être.

D) Réinvestir son quotidien

Comme nous l'avons vu dans la première partie, les douleurs peuvent avoir de lourdes conséquences sur le quotidien du patient. L'hypnose a permis à plusieurs patients de retrouver du « **confort de vie** » (P7) en diminuant l'impact des douleurs sur la **vie quotidienne**.

L'hypnose a permis à certains patients de **limiter le handicap** lié à leurs douleurs et donc de retrouver en autonomie.

P11 : « *de ce jour-là je n'ai plus jamais touché les béquilles.* »

Elle est aussi pour certains une **source d'énergie**.

P6 : « *j'étais à la fac, j'étais très très fatiguée, donc avant de partir je me faisais une petite séance en demandant de l'énergie.* »

Ces éléments ont aidé les patients à retrouver des activités de **loisirs** notamment de reprendre l'**activité physique**.

P12 : « *Ce matin je suis allée faire une petite balade d'une heure et ça m'a fait du bien mais je me sentais pas capable il y a quelques mois.* »

Les effets de l'hypnose ont aussi permis à des patients de **réinvestir leur vie professionnelle** en trouvant un nouveau travail, en faisant une reconversion. Certains ont fait des formations venant étayer leurs compétences.

P6 : « *J'ai repris des études aussi. [...] Il y a un petit coup de revanche quand même aussi de dire j'ai été mise en parenthèse quand même un certain temps.* »

P7 : « *La semaine prochaine je recommence une vie professionnelle ce que je pensais plus possible, ce que les médecins avaient du mal à visualiser.* »

Les patients peuvent se **reprojeter dans l'avenir** et mener à bien des projets personnels.

P7 : « *Là on fait des travaux de malade dans une maison qu'on a complètement désossé. J'ai aidé sur l'extérieur, à casser à l'intérieur. J'aurai été incapable de faire ça il y a quelque temps.* »

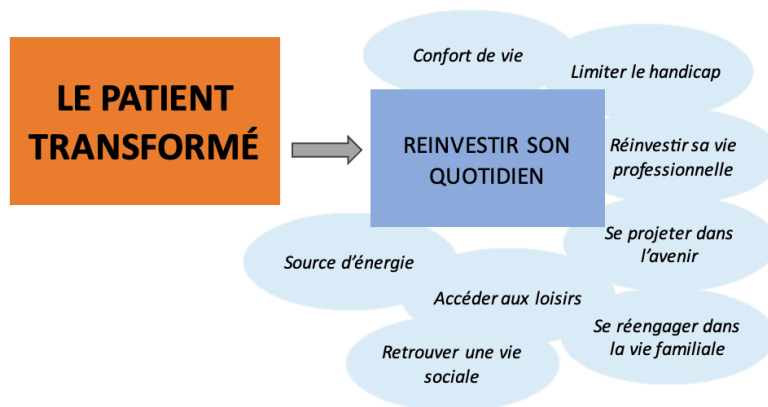
Certains patients ont aussi pu se réengager dans leur **vie de famille** et leur vie de couple. L'hypnose a aussi permis de renouer avec le contact physique de leurs proches.

P7 : « *Donc je rentre de la séance et je dis à mon fils « [...] viens et colle-toi à moi ». Et là, rien. Il pouvait rester coller, je n'avais pas l'instinct de recul.* »

P12 : « *Mon retentissement sur la vie personnelle, il a changé [...] pour moi, pour mon couple.* »

Les bénéfices liés à l'hypnose ont aussi permis à certains patients de se rouvrir au monde extérieur et de retrouver leur **vie sociale**.

P12 : « *Quand je vous dis que ça se voit de l'extérieur, mes amis me revoient.* »



Carte conceptuelle 29 : Réinvestir son quotidien.

E) Accéder à l'acceptation

Plusieurs patients parlent d'**acceptation** au travers de l'hypnose. Cette acceptation porte par exemple pour P1 sur les **petits tracas** du quotidien et le fait d'accepter que les changements ne se font pas du jour au lendemain.

P1 : « *Je me rends compte que j'accepte mieux les choses.* », « *Vous avez la patience d'attendre qu'il y ait une amélioration.* »

L'hypnose permet aussi de travailler sur l'acceptation de **l'état de santé actuel**, que ce soit sur la douleur ou d'autres symptômes comme pour P4 qui souffre d'incontinence : « *on n'a pas travaillé sur l'incontinence [...] mais moralement on a fait une séance.* »

Certains patients ont un passé difficile. L'hypnose est une porte pour essayer d'accepter ces **traumatismes passés**.

P4 : « *Elle m'a aidée à m'accepter avec tout ce que j'ai subi en fait. Elle m'a aidée à porter le poids.* »

P7 : « *tout le monde m'a vu dans un état de faiblesse absolue [...] il m'a fait travailler sur cet épisode-là. [...] j'ai pu m'aider à me relever et j'ai débloqué ce moment-là.* »

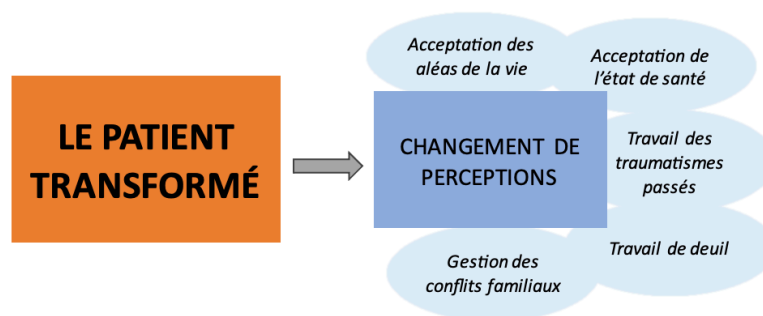
La pratique de l'hypnose a aussi permis à P9 de **lever des blocages** concernant son passé et des événements traumatisants violents qu'elle avait en partie occultés, de les comprendre et de travailler dessus.

P9 : « *On a retrouvé une période de ma vie où j'avais été mise dans le noir et enfermée.* », « *Ça reste mais plus avec le même ressenti.* »

Pour d'autres patients, l'hypnose permet d'aider au **travail de deuil** et de mieux gérer certains **conflits familiaux**.

P3 : « *Avec l'hypnose j'ai réussi à faire ça, voilà. Parce que pour moi, les mettre dans le cimetière j'y vais pas [...] j'ai pu ranger mes proches là où il fallait.* »

P4 : « *je n'acceptais pas que chez mon fils ça se passe différemment pour ma petite fille que chez moi. [...] Maintenant c'est accepté.* »



Carte conceptuelle 30 : Accéder à l'acceptation.

F) Se retrouver

Pour certains patients, l'hypnose a été un moyen de **se retrouver**, de redevenir la personne qu'ils étaient auparavant et de **se réconcilier** avec eux-mêmes.

P4 : « *Et j'ai retrouvé grâce à l'hypnose cette espèce de sérénité et de joie de vivre.* », « *Je crois que c'est ça en fait. Elle m'a réconciliée avec moi-même.* »

Les effets de l'hypnose ont aussi permis à certains de retrouver leur **libre-arbitre** et de pouvoir reprendre les rênes de leur vie.

P12 : « *C'est de pouvoir reprendre des décisions, faire des choix. J'étais tellement sous médicaments j'y arrivais plus du tout, je disais (hausse les épaule), et là non, je revis.* »

P12 a été obligée de se dissocier de ses émotions pour survivre à la suite d'événements traumatisants. L'hypnose lui a permis de se **reconnecter à ses émotions** : « *ça me permet d'avoir des sensations* », « *ces moments-là d'hypnose j'arrive à reconnecter. Ça me fait pleurer quand je suis en hypnose.* »

L'hypnose est un temps de pause pour certains patients, un **temps pour soi**.

P5 : « *C'est un moment que je prends pour moi, je prends 20 minutes pour moi.* »

C'est un moyen qui leur permet de reprendre **confiance** en eux. P7 indique même être « fière » du chemin qu'elle a parcouru pour s'en sortir.

P7 : « *Je me suis redonnée confiance en moi sur le moment.* »

Au-delà de se retrouver, l'hypnose a aussi été un moyen pour certains patients de **se transformer**. Certains ont su **tirer du positif** de leur expérience et se réinventer.

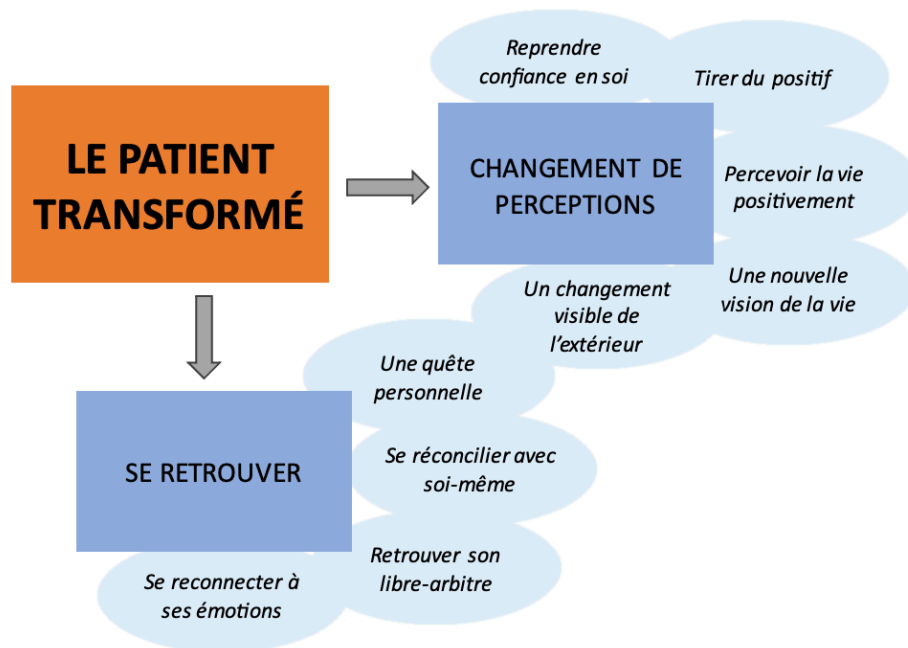
P6 : « *moi je le positive ; ça m'a permis de faire une vraie pause sur moi, sur ce que j'avais envie de faire et puis de bifurquer.* », « *ça m'a fait vraiment réfléchir d'être arrêtée deux ans et d'être confrontée au handicap personnellement.* »

Les patients ont une nouvelle manière de **percevoir leur vie** plus positive. Ces changements **se voient de l'extérieur**.

P12 : « *ça m'a vraiment aidé à libérer de l'espace, à gérer autrement et à remplir des cases avec des choses positives.* », « *Oui mon mari vous dirait que ça m'a transformé.* »

L'hypnose a parfois une connotation de **quête personnelle**. C'est un travail interne qui va bien plus loin que le soulagement de la douleur. C'est une **nouvelle vision** sur soi-même et sur le monde.

P6 : « *au-delà de la gestion de la douleur c'est un vrai temps où on apprend des choses de soi. Ouais ouais, on apprend aussi à être bien avec soi.* »



Carte conceptuelle 31 : Se retrouver.

IX. L'hypnose et ses limites

A) Quand l'hypnose n'a pas les effets escomptés

P8 et P13 n'ont **pas adhéré** à l'hypnose et considèrent que les séances qu'ils ont faites n'ont « *pas marché* » (P8). Ils ont essayé d'autres thérapies qui leur ont plus parlé.

P13 : « *Là je suis suivie par une kinésiole. Et franchement beh c'est pas du tout pareil et j'ai plus lâché que sous hypnose.* »

Certains patients ont pu avoir des effets différents en **fonction des séances**. Pour P7, la première séance a été une « *grosse catastrophe* ». Pour d'autres patients, ce sont les séances suivantes qui n'ont pas eu de réel effet. Cela ne les empêche pas d'envisager d'autres séances.

P10 : « *la première séance elle a été superbe. Je me suis retrouvée le soir j'étais détendue et tout, j'ai bien dormi. C'est que la 2^{ème} et la 3^{ème} pas du tout.* », « *Si on me repropose, je referai.* »

Pour P3, l'hypnose n'est pas sans intérêts. Mais même si les séances d'hypnose le soulagent, il n'a **pas de bénéfices à long terme** sur la douleur. Il voit cela comme un **échec** et pense **décevoir les professionnels** de santé qui le prennent en charge.

P3 : « *Des fois j'ai l'impression d'embêter, je le ressens comme ça. Parce que mon mal ça guérit pas alors même eux, j'ai l'impression que ça les déçoit.* »

Cependant, pour plusieurs patients, cet échec de l'hypnose n'a **pas de conséquences** majeures. Ils ne regrettent pas d'avoir tenté cette approche. P10 et P13 se disent simplement « *déçues* ».

P8 : « *Je me suis dit « c'est pas pour moi, tant pis ».* »

L'absence de bénéfices n'a **pas eu de conséquence sur le lien thérapeutique** qu'ils ont avec leur hypnothérapeute. Ils individualisent la part d'hypnose et la part de soins habituels.

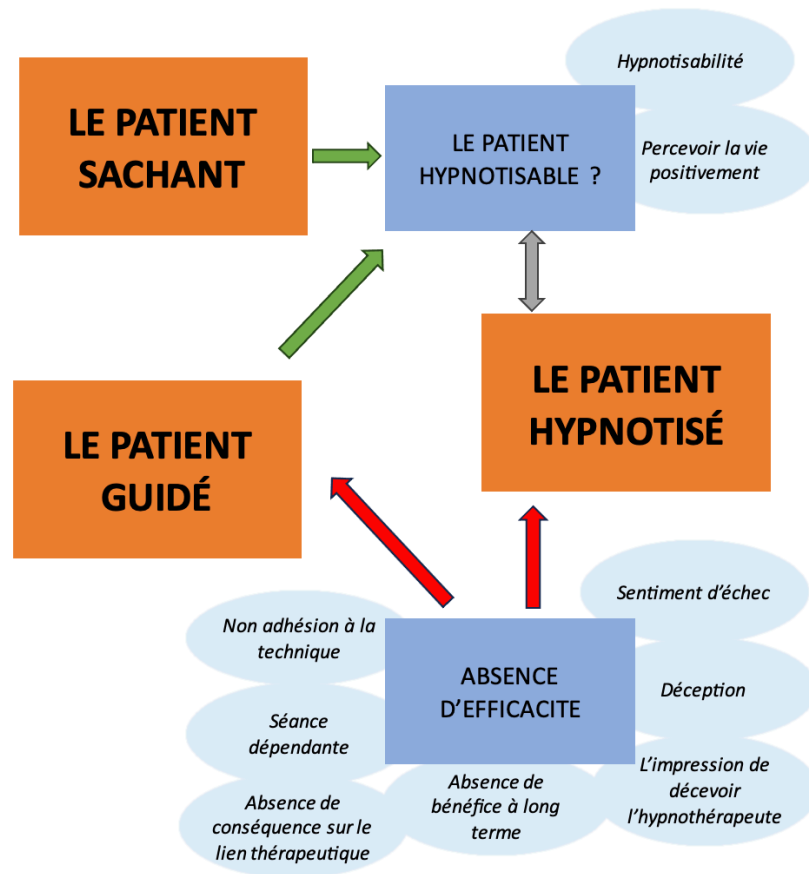
P8 : « *Non non je me suis pas dit c'est un charlatan.* », « *ça a pas du tout altéré la confiance que je peux avoir avec le Dr H2.* »

P13 : « *pour moi c'est autre chose. De toute façon c'est autre chose que ce qu'il fait.* »

Pour P8, cela n'a pas non plus altéré **l'image de l'hypnose** qu'il avait : « *ça n'a pas changé du tout non plus l'image que j'avais de l'hypnose. Je suis toujours convaincu que ça doit marcher super bien sur certaines personnes.* »

Les patients mettent en évidence une limite importante dont ils sont pleinement **conscients : l'hypnotisabilité**.

P8 : « *je suis très conscient qu'il y a des personnes sur qui ça marche pas.* »



Carte conceptuelle 32 : Quand l'hypnose n'a pas les effets escomptés.

B) La nécessité d'être disponible pour entrer en hypnose

Pour certains patients, **croire en l'hypnose** est un prérequis nécessaire pour entrer en hypnose.

P13 : « *Il faut déjà y croire je pense pour y aller.* »

Pour pouvoir entrer dans une transe hypnotique, il semble nécessaire que le patient soit psychologiquement disponible. Cela peut concerner la **disponibilité émotionnelle** du patient. Le stress, la tristesse, l'inquiétude peuvent parfois prendre trop de place dans l'esprit du patient et l'empêcher de vivre l'expérience hypnotique.

P6 : « *Donc ça demande du lâcher prise et puis d'être en capacité d'accueil de ces sensations-là. Je pense que ça convient pas à tout le monde.* »

P10 : « *Je venais de perdre une amie d'un cancer du sein et euh je sais pas pourquoi ça m'est venu et je me suis réveillée vite fait* »

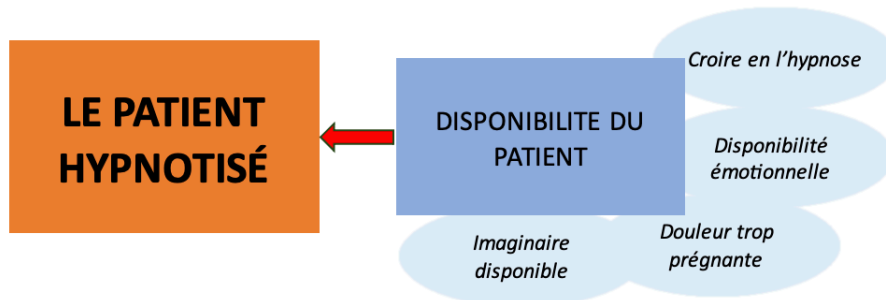
Parfois, une **douleur trop prégnante** peut bloquer la transe hypnotique des patients.

P6 : « *Je faisais les exercices mais je n'arrivais plus à me concentrer parce que la douleur elle était tellement importante qu'elle court-circuitait mon esprit.* »

La disponibilité concerne aussi celle de l'**imaginaire**. Cette nécessité de faire travailler son imagination pour **s'approprier les techniques** d'hypnose peut être une limite pour certains patients.

P1 : « *c'est votre imaginaire à vous qui travaille* »

P7 : « *L'hypnose c'est quelque chose qui nous appartient et il faut pas essayer de se calquer sur quelqu'un d'autre ou essayer de faire ... enfin ça marchera pas.* »



Carte conceptuelle 33 : La nécessité d'être disponible pour entrer en hypnose.

C) L'importance du cadre

Le **cadre** de la séance d'hypnose est un élément important pour plusieurs patients. Le fait d'être dans une **atmosphère calme et chaleureuse** et de se sentir bien peut permettre au patient d'entrer plus facilement en état hypnotique. Des éléments extérieurs comme le bruit peuvent limiter l'adhésion du patient à la séance.

P4 : « *Dans son cabinet il fait bien chaud, je m'y sens bien.* »

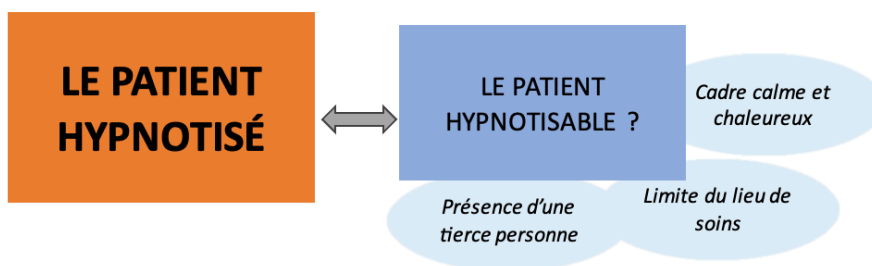
P10 : « *ça a pas bien marché parce qu'il y avait des travaux à l'extérieur et il faisait tellement chaud que les fenêtres étaient ouvertes et j'étais moins réactive.* »

Certains patients peuvent être gênés d'être dans un **lieu de soin**, un lieu souvent froid qui peut leur rappeler des moments difficiles.

P13 : « *Beh c'est là aussi qu'on m'avait dit pour mon cancer et tout donc euh.* », « *Être dans une pièce où on n'a pas l'habitude de se faire soigner, plus apaisante peut-être, moins médicale.* »

Une **tierce personne** était présente dans la salle lors d'une séance d'hypnose pour deux patients. Étonnamment, cet élément n'a été un frein pour aucun des deux.

P2 : « *il y avait une élève, une infirmière ou un médecin, je sais plus, qui était présente mais ça m'a pas gêné du tout.* »



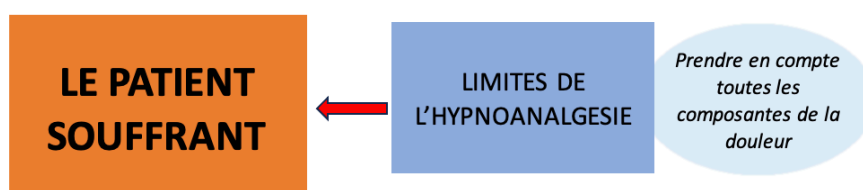
Carte conceptuelle 34 : L'importance du cadre.

D) Limites de l'hypnoalgésie

Certains patients ont travaillé en hypnose « *que sur la douleur* » (P5, P8) ce qui pourrait impliquer un travail principalement porté sur la **composante sensori-discriminative** de la douleur. L'hypnoalgésie se définit par le soulagement de la douleur et il semble important d'en explorer toutes les facettes.

Si pour certains patients la douleur est l'objectif principal de leur prise en charge, d'autres souhaitent travailler sur un **éventail plus large** de symptômes et sur les conséquences que la douleur peut avoir sur leur vie.

P5 : « *si on peut travailler sur ça j'aimerais bien, que ça impacte moins sur ma vie.* »



Carte conceptuelle 35 : Limites de l'hypnoalgésie

E) Conséquences de l'hypnose et de l'autohypnose

La pratique de l'hypnose dans le quotidien **nécessite de l'énergie** aux patients, surtout pour ceux qui s'en servent continuellement comme P7. Les séances d'hypnose induisent une **asthénie** chez les patients.

P4 : « *Par contre quand je ressors de chez elle je suis fatiguée.* »

P7 : « *Donc ouais c'est le revers de la médaille, l'énergie que ça demande, il faut pouvoir la prendre quelque part. [...] C'est épuisant.* »

P7 évoque la limite de l'**âge** qui peut restreindre l'énergie et la **capacité de concentration** des individus qui sont nécessaires pour pratiquer l'hypnose : « *ça demande tellement d'énergie qu'à partir d'un certain âge je pense qu'il y en aura pas assez.* », « *Moi la concentration des fois ça me fait défaut quand même.* »

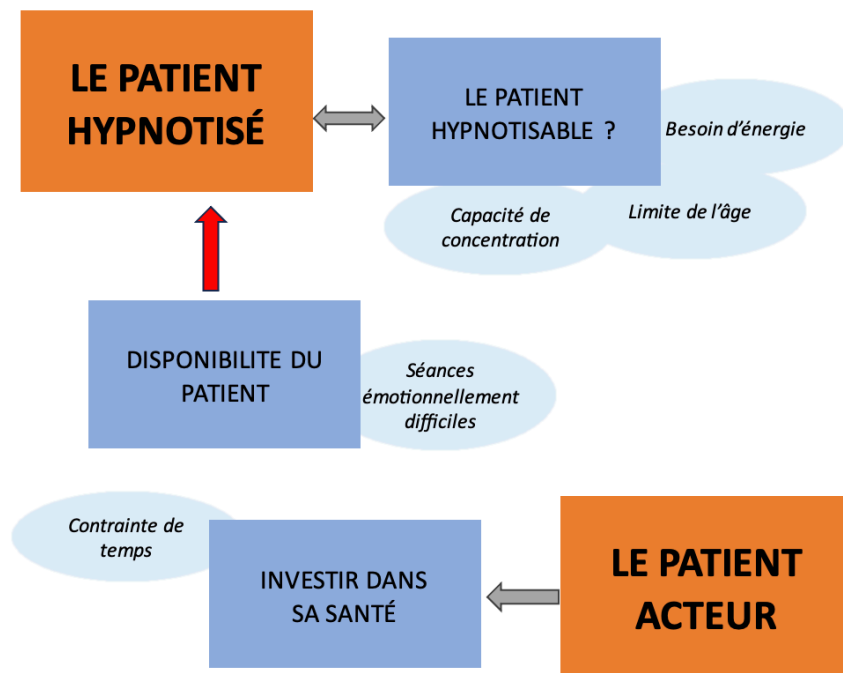
Certains patients souhaiteraient que les séances d'hypnose durent parfois plus longtemps comme P5 : « moi j'aimerais bien que ça dure un peu plus longtemps. »

Cependant, pour d'autres patients, **le temps** que prend la pratique de l'hypnose dans leur quotidien peut être une **contrainte**.

P8 : « Je suis quelqu'un qui a l'impression de tout le temps perdre du temps [...] Quand je le faisais je me disais « ahhh, ça va pas marcher, je vais encore perdre un quart d'heure ». »

Certains séances d'hypnose peuvent être **émotionnellement difficiles** et très intenses pour les patients.

P4 : « Une séance très difficile ce jour-là [...] j'ai pleuré tout le temps de la séance. »



Carte conceptuelle 36 : Conséquences de l'hypnose et de l'autohypnose

F) Poser des limites à sa pratique

1) S'ancrer dans la réalité

Il peut être difficile pour certains patients de **revenir à la réalité** après une séance d'hypnose. Cela peut nécessiter un certain temps pour se réadapter et il est nécessaire d'être prudent surtout lors du trajet de retour.

P4 : « Par contre, j'ai de plus en plus de mal à revenir sur terre après la séance, c'est vraiment très compliqué. »

P9 éprouve parfois des difficultés à **rester ancrée** dans la réalité. Des éléments communs la renvoient dans un état hypnotique : « J'aime bien le bord de mer mais je lui ai dit il faut que j'arrête parce que maintenant dès que je suis en bord de mer, dès que j'entends les vagues, je pars. »

Les limites de l'hypnose sont celles que les patients posent en termes d'**indication**. P1 pense être **trop dans le contrôle** pour envisager des interventions sous hypnose.

P1 : « *Mais bon j'irai peut-être pas jusqu'à l'opération comme ça hein. »*

2) Se faire peur sous hypnose

L'hypnose est une pratique qui peut provoquer des **questionnements** chez des patients, même pour ceux qui ont eu des bénéfices avec.

P2 : « *La première fois on se pose des questions, pourquoi on a réagi comme ça, pourquoi on est comme ça. »*

Certains patients ont pu **se faire peur** avec l'hypnose notamment en ayant l'impression de **perdre le contrôle** et d'entrer dans une **transe négative**.

P6 : « *j'ai plein de choses négatives qui me sont venues et j'arrivais pas à me sortir de ça. [...] c'était vraiment négatif, très noir. »*

P9 : « *C'est devenu noir, le chaos et lui il me parlait mais je l'entendais plus. »*

Parfois, les patients ont **joué avec les limites de leurs capacités** pour atteindre l'objectif souhaité.

P7 : « *il a failli me faire sortir d'hypnose à ce moment-là, parce que je suis devenue translucide à force de puiser dans l'énergie parce que je voulais à tout prix arriver au bout. »*

Malgré les bénéfices que l'hypnose lui a apporté, P7 reste **méfiant** et voit des **dangers** à son utilisation.

P7 : « *J'ai tellement bien coupé mentalement avec l'hypnose que j'ai coupé une blessure. »*,
« *Donc l'hypnose c'est bien de le maîtriser mais avec parcimonie. »*

3) Être dépendant à l'hypnose

Pour certains patients, l'utilisation de l'hypnose est désormais vue comme une **obligation**, notamment pour P7 : « *Au quotidien l'hypnose je l'utilise tout le temps, sinon mon bras ne fonctionnerait pas. »*

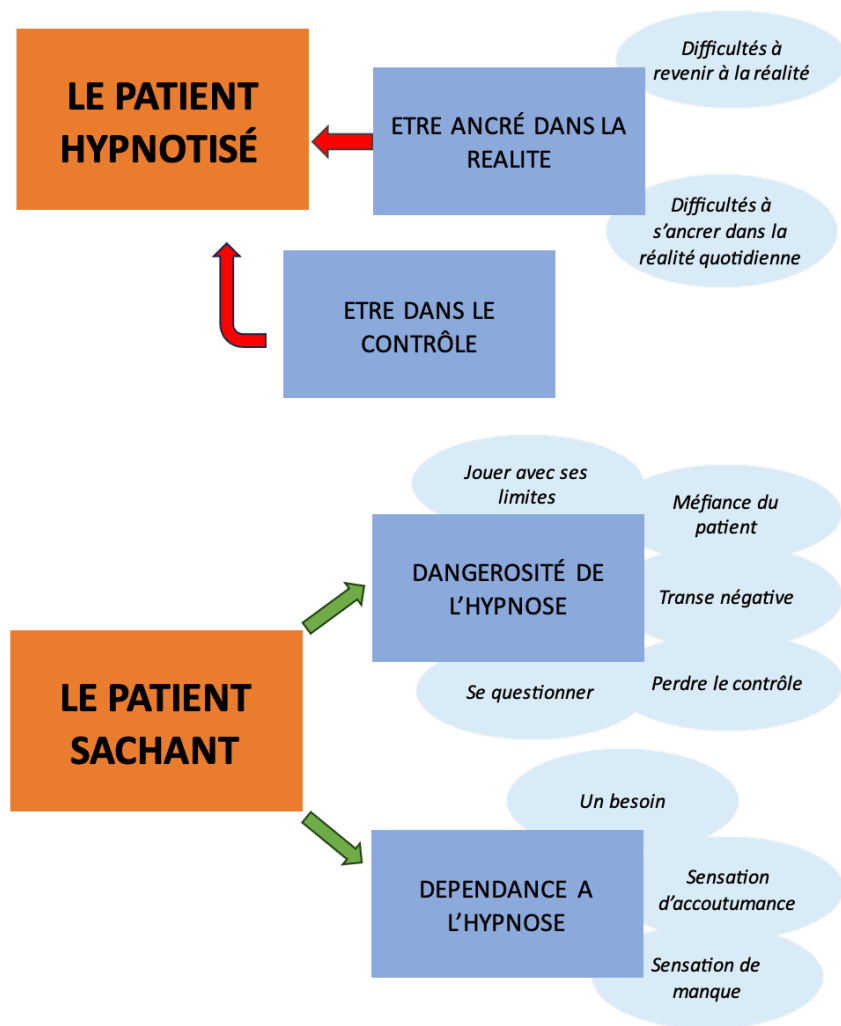
Plusieurs patients font l'analogie entre l'hypnose et la « *drogue* » (P4, P10). Ils peuvent ressentir un **besoin** de faire des séances d'hypnose et expriment une forme de **dépendance** envers leur hypnothérapeute.

P4 : « *Voilà comment je suis venue à l'hypnothérapie, pourquoi j'y suis accro aussi, pourquoi j'ai pas du tout envie d'arrêter. »*, « *Mais je crois que je peux plus me passer de Madame H1. »*

Ils expriment la sensation de **manque** qu'ils peuvent ressentir entre les séances d'hypnose. Ils parlent aussi du risque d'**accoutumance** et du **besoin de limiter** le nombre de séances.

P4 : « *plus j'approche de la séance et plus je me le dis « oh oui oui il faut que j'y aille » donc. »*

P7 : « *je l'ai vécu, à un moment donné je l'utilisais beaucoup et ça a commencé à moins fonctionner. »*



Carte conceptuelle 37 : Poser des limites à sa pratique

X. Intégrer l'hypnose dans le soin

A) Perspectives d'améliorations décrites par les patients

Les patients ont suggéré lors des entretiens des **pistes d'amélioration** pour la prise en charge en hypnose au-delà des freins et des limites auxquels ils ont pu être confrontés. Parmi ces pistes, P9 évoque la nécessité de réaliser une première **consultation dédiée** des explications et des échanges afin de créer un lien de confiance avec l'hypnothérapeute : « *je pense qu'avant d'avoir un premier rendez-vous d'hypnose, il faudrait avoir un premier rendez-vous pour voir si l'accroche se fait ou pas.* »

Du fait de l'efficacité qu'a l'hypnose pour certains patients, P6 aborde la question d'un **moyen de remboursement** pour les séances. Cela rendrait l'hypnose plus accessible et pourrait permettre d'après P7 de **limiter l'usage des traitements médicamenteux** et leurs effets secondaires.

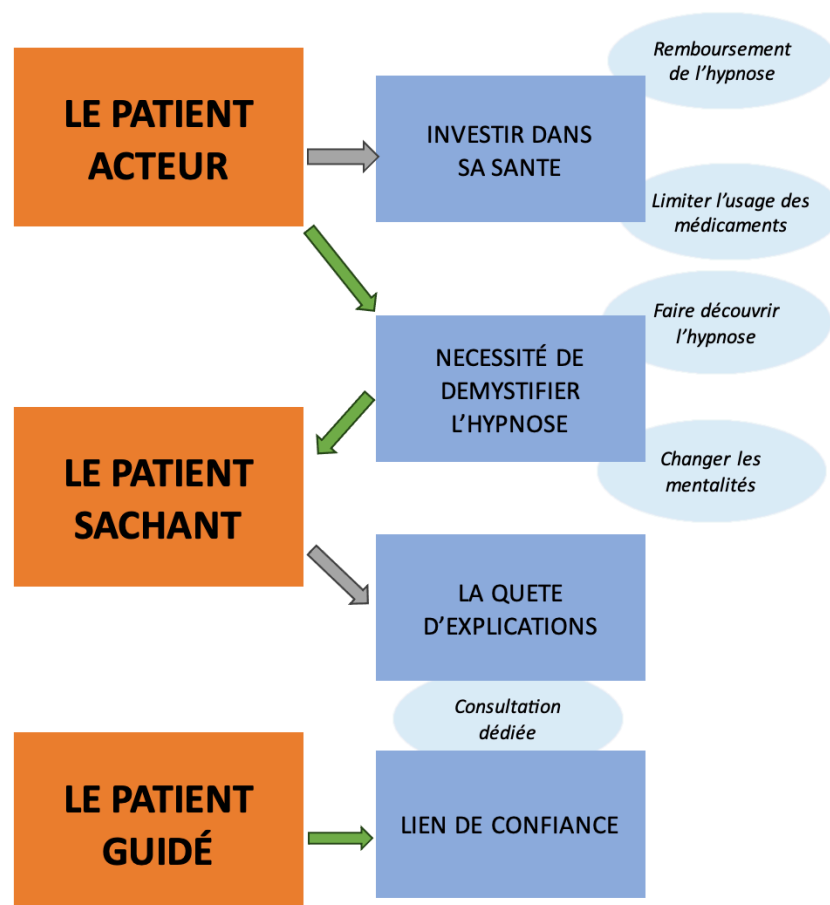
P6 : « *si on pouvait trouver une balance pour que d'autres choses que les médicaments soient remboursées ce serait quand même bien.* »

P7 : « Si beaucoup plus de personnes pouvaient utiliser cette technique-là, d'une ils utiliseraient moins les médicaments donc au niveau des organes il y aurait moins de soucis derrière. »

Pour d'autres patients, le but est de **démystifier l'hypnose** auprès de la population. Ils suggèrent de **faire découvrir l'hypnose** à un plus grand nombre et de donner de plus amples explications sur l'hypnose. Cela pourrait permettre de dissoudre les a priori et les peurs que certains peuvent avoir et **changer les mentalités**.

P1 : « Je crois que ce genre de trucs (montre sa télévision), c'est un frein pour votre profession. »

P7 : « Pour moi c'est des techniques qui peuvent vraiment marcher mais il faut changer la mentalité de beaucoup de personnes. »



Carte conceptuelle 38 : Perspectives d'améliorations décrites par les patients

B) Partager ses connaissances

Les patients, qu'ils aient eu des bénéfices ou non grâce à l'hypnose, ont tendance à **orienter leurs proches** vers cette technique pour prendre en charge les douleurs mais aussi d'autres problèmes. C'est une preuve de la **confiance** qu'ils accordent à l'hypnose.

P11 : « si je lui ai parlé de ça c'est que pour moi ça a eu un bénéfice, un impact positif. »

P13 : « mon mari a fait de l'hypnose, [...] pour arrêter de fumer et ça a carrément marché et moi, je bloquais. »

Certains membres de l'entourage du patient peuvent être les témoins des changements opérés grâce à l'hypnose. Cela peut permettre à certains d'envisager leur propre prise en charge et leur donner de l'**espoir**.

P12 : « il est content, il me voit mieux, il a hâte. Et lui il avait peut-être besoin de voir que j'allais mieux avant d'y aller. D'avoir vu ça, ça a lui a donné de l'espoir de se sentir mieux. »

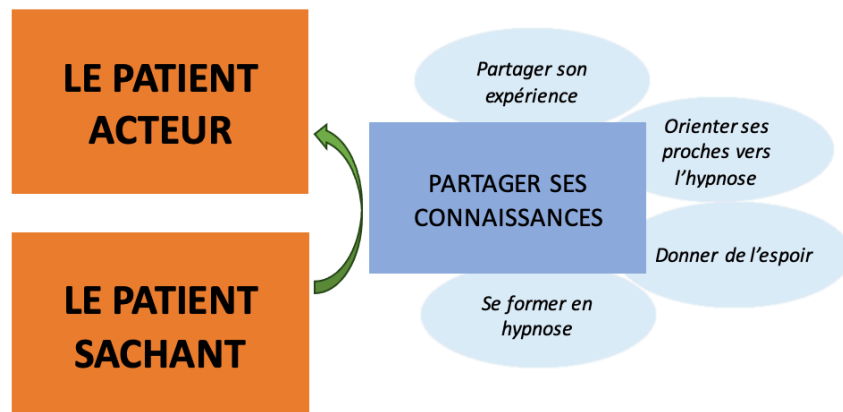
Certains patients sont prêts à **partager leur expérience** avec des personnes extérieures pour essayer de leur apporter des réponses et faire connaître l'hypnose.

P7 : « Elle m'a demandé si j'accepterais d'intervenir. Si mon expérience peut aider d'autres personnes à guérir, à avancer, à mieux vivre, ça me dérange pas. »

P6 envisage de poursuivre l'hypnose d'une autre manière. Elle envisage de **se former** en hypnose pour nourrir sa pratique d'enseignante. Pour les proches des patients qui sont professionnels de santé, l'hypnose peut être vue comme une ouverture pour aider les patients.

P6 : « Moi j'aimerais bien dans un futur plus ou moins proche passer de l'autre côté. C'est-à-dire apprendre aussi et pourquoi pas l'utiliser soit l'hypnose soit la sophrologie dans mon quotidien professionnel. »

P12 : « J'ai plusieurs amies qui sont infirmières et il y en a une qui est vraiment intéressée par la formation hypnose. [...] quand elle m'a vu changer elle s'est dit « non mais faut que je fasse ce truc ». »



Carte conceptuelle 39 : Partager ses connaissances

C) L'hypnose : une ressource thérapeutique

L'hypnose est une technique que plusieurs patients ont **intégré dans leur vie** quotidienne. C'est pour certains une véritable **ressource thérapeutique** qu'ils utilisent pour leurs douleurs mais aussi pour d'autres problèmes.

P1 : « en fin de compte s'il y a des choses qui me stressent et que j'arrive pas à gérer, je vais la voir. »

P7 : « C'est devenu en fait le Doliprane® de tout le monde. »

L'hypnose est considérée par les patients comme une **technique puissante**. L'autohypnose les rend **autonomes**.

P7 : « Après ça m'a appris à développer une médecine hyper puissante et aujourd'hui je l'utilise sur tout. »

P9 : « ça nous a soulagé et on a des méthodes derrière à utiliser qui sont indolores et qui sont confortables et que je peux faire moi-même. »

Grâce à l'hypnose, le patient est **acteur de sa prise en charge**. Les changements qui s'opèrent prennent racine à l'intérieur de lui.

P7 : « Donc je reprenais les rênes de mes soins quoi. », « il m'a donné les cartes et il m'a laissé me relever. Et même s'il était à mes côtés, ça vient de moi. »

L'hypnose apporte au patient un « *nouvel équilibre* » (P9) et un nouveau **mode de fonctionnement** qui lui permettent de développer ses **capacités d'adaptation**.

P6 : « Donc ça m'a ouvert d'autres possibilités. »

P7 : « Pouvoir s'adapter sur autant de choses c'est pas adapté à tout le monde. »

Pour P9, la pratique de l'hypnose lui permet de **dégager du temps** et d'éviter une prise en charge médicale plus contraignante : « Ça permet d'avoir une vie entre guillemets normale, sans avoir trop d'encombrements médicaux à côté. »

L'hypnose est une option possible pour des patients qui ont l'impression d'être arrivés au bout de ce que la **médecine conventionnelle** peut leur proposer pour se soulager.

P11 : « Je pense que ces thérapies-là sont importantes pour nous aider. Qu'on peut pas tout résoudre avec la médecine traditionnelle et des médicaments. »

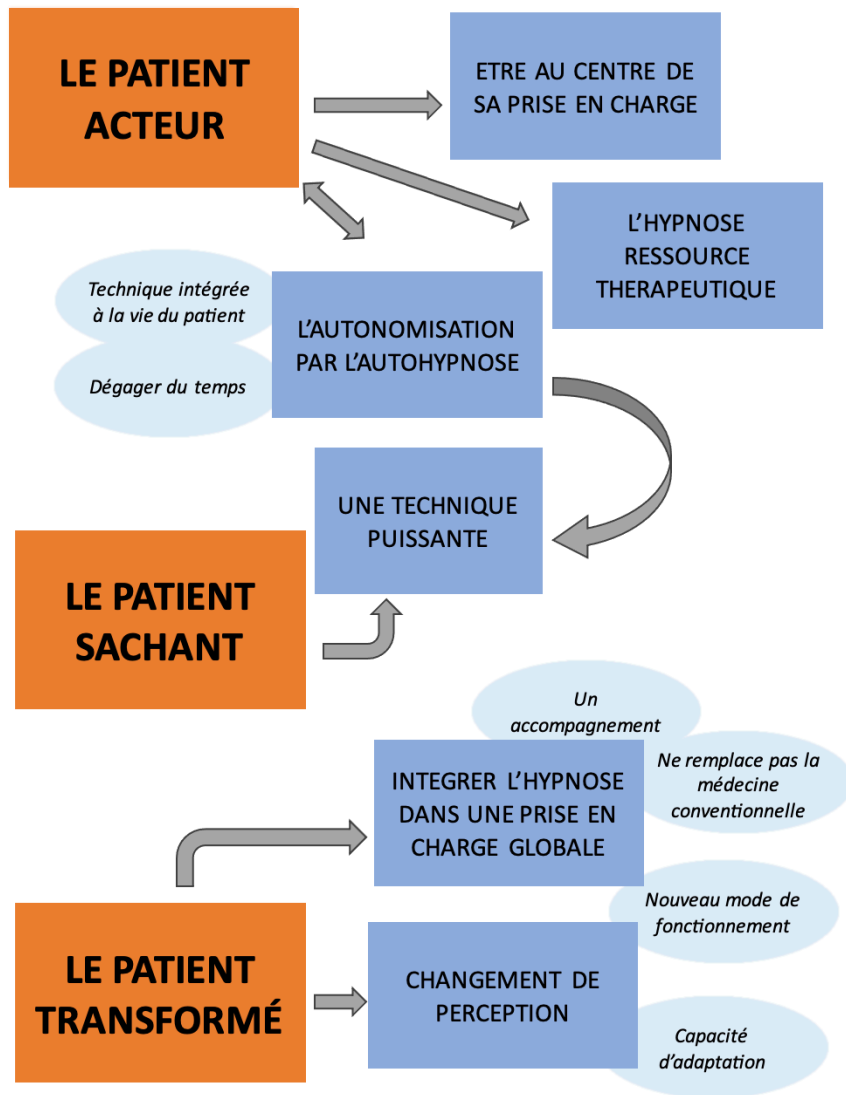
Cependant, les patients évoquent aussi les **limites** de l'hypnose. Elle n'a pas pour objet de guérir à elle-seule et n'est **pas là pour remplacer** les traitements médicamenteux quand ils sont nécessaires.

P1 : « si j'avais quelque chose de très très grave, pour accompagner je ferai de l'hypnose. »

L'hypnose est donc une technique que les patients décident d'intégrer comme un **accompagnement**. Elle les place **au centre** d'une **prise en charge globale**. C'est pour certains une nécessité et la clé des bénéfices perçus de l'hypnose.

P1 : « Mais je pense que ça peut avoir de l'avenir en parallèle de la médecine générale. »

P12 : « je pense que c'est le fait que ce soit un plan global, que tout soit pris en charge en même temps. »



Carte conceptuelle 40 : L'hypnose : une ressource thérapeutique

Discussion

I. Forces et limites de l'étude

Cette partie n'a pas pour vocation de discuter des biais à l'étude qui n'ont pas leur place en recherche qualitative. Le but ici est de discuter des choix et partis pris par les chercheurs tout au long de ce travail.

A) Forces de l'étude

1) La méthodologie

L'analyse qualitative permet d'étudier des facteurs subjectifs, difficiles à mesurer et de recueillir une plus grande diversité de données. S'intéresser à la subjectivité de l'individu c'est aussi recueillir son ressenti, ses émotions, ses représentations et pouvoir examiner les conséquences d'un phénomène et les mécanismes d'adaptation mis en œuvre. Dans cette étude, cela nous a permis d'explorer la douleur dans ses différentes dimensions et l'impact de l'hypnose sur celles-ci.

Laisser les participants s'exprimer a aussi permis d'analyser la sémantique utilisée.

Les entretiens ont été analysés de manière indépendante pour s'intéresser au vécu propre de chaque participant. Après réflexion, nous avons décidé de réaliser une seconde analyse manuelle qui nous a permis d'approfondir le sens donné aux entretiens.

L'analyse de trois entretiens a été triangulée par un double codage en aveugle ce qui a permis de renforcer la validité interne de l'étude. Dans un même objectif, nous avons rédigé un journal de bord. Il a permis de décrire les différentes étapes de réalisation de l'étude et certaines pistes de réflexion.

Dans un souci de cohérence méthodologique avec l'interprétation phénoménologique, nous avons réalisé des entretiens individuels qui se voulaient le plus ouverts possibles. Pour cela, nous avons utilisé un guide d'entretien sous forme de check-list pour éviter les questions préformées et nous adapter au discours des participants.

Les patients se sont vu rappeler que les entretiens étaient anonymisés. Une écoute bienveillante et attentive a permis aux participants d'évoquer de nombreux sujets, parfois difficiles. Le fait d'être une femme a peut-être aidé certaines participantes à s'exprimer. Le fait de réaliser une majorité des entretiens au domicile, qui peut être un lieu de sécurité pour les patients, également.

Cette recherche respecte la majorité des critères de la grille COREQ (annexe 2). Toutefois, la retranscription et l'analyse des verbatims n'ont pas été renvoyées aux participants et le guide d'entretien n'a pas été testé au préalable.

2) L'échantillonnage

Un échantillonnage raisonné a été réalisé. Il a permis de faire varier les caractéristiques des participants dans un souci non pas de représentativité mais de diversité au sein de l'expérience commune.

On sait qu'il existe une surreprésentation du genre féminin quand on parle de douleurs chroniques mais nous avons pu inclure également deux hommes dans cette étude. Les participants avaient des âges variés et des parcours de vie différents. Les patients avaient des douleurs chroniques d'étiologies diverses, exemplaires de celles que l'on peut rencontrer en consultation de médecine générale.

Même s'il était plus simple de trouver des patients pour qui l'hypnose avait été bénéfique, nous avons inclus des patients qui n'avaient pas adhéré à cette technique et recueilli leur ressenti.

B) Limites de l'étude

1) Le recrutement

Lors du recrutement pour cette étude, nous avons eu une première phase de prise de contact avec des hypnotérapeutes. Nous n'avons pas réussi à intégrer d'hypnotérapeute sans statut de professionnel de santé.

Nous avons fait le choix de passer par les hypnotérapeutes pour recruter les participants de cette étude. L'objectif était de nous inscrire dans un climat de confiance auprès des patients pour nous permettre d'explorer un sujet encore controversé aujourd'hui.

Cependant, cette décision a pu avoir plusieurs conséquences. Il y a pu y avoir une première sélection indirecte par les hypnotérapeutes. Ils ont pu contacter des patients qui semblaient plus disposés à répondre à l'étude. D'autre part, nous n'avons pas eu accès au nombre de patients ayant refusé de participer à cette étude ni aux motifs de leur refus.

2) La population étudiée

Nous avons la volonté dans ce travail de ne pas nous concentrer uniquement sur des patients suivis en centres spécialisés. Même si cinq patients suivis en hypnose en CETD ont été inclus, nous avons essayé de recruter également des patients suivis par des hypnotérapeutes en ville. Parmi ces patients, certains avaient aussi un suivi en SDC ou en CETD. Cette forte représentation de patients suivis en structures spécialisées peut s'expliquer par la volonté qu'ont ces patients à trouver des réponses à leur douleur. Cela montre aussi que l'hypnose peut s'intégrer dans un plan de soins pluridisciplinaire.

Même si les expériences des patients étaient variées, on peut penser que ceux ayant accepté de participer à l'étude avaient un profil les rendant plus ouverts à l'usage de l'hypnose.

Il faut noter que l'un des participants avait déjà été rencontré par l'investigateur lors d'un stage il y a plusieurs années.

3) Le recueil des données

Nous avons voulu réaliser des entretiens ouverts mais cela n'a pas toujours été possible. Des entretiens semi-directifs ont dû être réalisés pour certains patients. Cela a pu entraîner une perte de données. Au contraire, lors des entretiens ouverts il y a parfois eu des hors-sujet. L'investigateur est parfois intervenu lorsque le participant ne redirigeait pas lui-même la conversation.

Nous n'avons pas voulu utiliser de guide d'entretien trop directif. Cela implique qu'il ne peut pas exister de reproductivité parfaite de l'étude.

Certains éléments extérieurs aux entretiens ont pu interférer avec leur réalisation et compromettre les données recueillies. Une tierce personne était présente lors d'un entretien et est intervenue à plusieurs reprises. Cela a pu limiter les éléments partagés par le participant interrogé. Un entretien a dû être écourté au bout de deux heures à cause d'un problème de local. Certains entretiens ont eu lieu dans une salle de consultation ce qui a pu mettre une barrière entre l'investigateur et le participant, le replaçant dans un rôle de médecin même si ce n'était pas la posture voulue.

Les participants connaissaient le statut de médecin généraliste de l'investigateur ce qui a pu entraîner une limite de déclaration. Malgré cela, nous n'avons pas eu l'impression que ce statut ait empêché les patients de se confier sur leur vision de l'hypnose et de la médecine. De même, le contexte de première rencontre a pu être un frein. Néanmoins, nous avons été étonnés de la capacité des patients à se livrer et à partager leur expérience.

Il existe également une limite d'investigation. Le recueil des données a été mené par un investigateur non expérimenté et non formé pour mener des entretiens. Toutefois, les derniers entretiens ne sont pas forcément plus longs ou plus informatifs que les premiers. L'attrait pour la technique de l'investigateur et le sujet de la thèse ont pu influencer involontairement les réponses des participants.

Certains suivis en hypnose avaient eu lieu plusieurs années avant l'entretien ce qui a pu entraîner une limite sur la mémorisation du vécu de la prise en charge. Cela a cependant eu l'avantage de voir si les changements observés avaient eu des conséquences sur le long terme.

4) L'analyse des données

On peut noter que plusieurs participants ont eu recours à d'autres thérapies non conventionnelles ou d'autres psychothérapies. Il est difficile d'individualiser dans ces cas les conséquences de l'hypnose. Cependant, cela montre que l'hypnose s'intègre dans une prise en charge globale.

Bien que les thèmes s'attachant au passé du patient, sa douleur, le vécu de cette douleur et sa prise en charge initiale ne semblent pas avoir de lien direct avec la question du vécu de la prise en charge en hypnose, nous avons décidé de les analyser. Ces éléments nous ont semblé essentiels car ils ont des liens indirects et un probable impact avec le rapport du patient à l'hypnose et les changements opérés à la suite de cette prise en charge.

La subjectivité du chercheur liée à l'attrait pour la technique de l'hypnose a probablement impacté l'analyse des données. Néanmoins, en recherche qualitative, cette subjectivité n'est pas une faiblesse. Elle entre intégralement dans le processus de réflexion et de réflexivité qui a permis de créer une carte conceptuelle basée sur le vécu des treize participants.

II. Principaux résultats

Cette étude a permis de décrire le vécu de la prise en charge en hypnose de treize patients douloureux chroniques. Même si le vécu de chaque patient est individuel et subjectif, nous avons pu faire émerger des thèmes communs. Ils sont présentés dans la carte conceptuelle générale (carte conceptuelle 41).

L'hypnose a parfois permis à des patients souffrant de leurs douleurs d'arriver à un changement de perception. Elle leur offrait un outil pour mieux gérer leurs douleurs et ressentir une forme de bien-être. Elle redonnait aux patients l'opportunité de réinvestir leur vie. Elle a aussi permis à certains patients de retrouver un rôle actif dans leur suivi et de s'autonomiser. Plusieurs l'ont intégré à leur vie quotidienne et au reste de leur prise en charge.

Ce travail a également mis en lumière de potentiels freins et limites à l'utilisation de l'hypnose :

- Liés aux patients : l'hypnotisabilité, le besoin de contrôle, l'anticipation de l'échec de la prise en charge.
- Liés à la société : les idées préconçues erronées sur l'hypnose, l'hypnose de spectacle médiatisée, une mauvaise image de l'hypnose, les difficultés de compréhension de l'entourage.
- Liés au système de soins : le prix, les délais de rendez-vous, l'éloignement géographique, l'absence d'orientation par le médecin généraliste, les difficultés à trouver un hypnothérapeute de confiance.
- Liée à l'hypnothérapeute : l'absence de statut soignant, le genre, le cadre de l'exercice.
- Limites de l'hypnose : la dangerosité, la dépendance, l'asthénie, l'âge, la disponibilité psychique, la disponibilité de l'imaginaire, les séances chronophages, la perte de lien avec la réalité.

Il est possible de mettre en parallèle des facteurs facilitant l'adhésion des patients :

- Liés aux patients : l'ouverture d'esprit, la sensorialité exacerbée, le positivisme, la résilience, un entourage supportant et bienveillant.
- Liés au système de soins : l'orientation par un professionnel de santé.
- Liés à l'hypnothérapeute : le statut de professionnel de santé, le fait de connaître l'hypnothérapeute, le lien de confiance, un bon feeling, l'apport d'explications.
- Liées à l'hypnose : une expérience antérieure bénéfique.

Les entretiens ont aussi montré une utilisation très hétérogène de l'autohypnose. Si pour certains l'autohypnose est perçue comme un outil du quotidien, elle est source de grandes difficultés et de frustration pour d'autres. Plusieurs patients ont décrit avoir recours à des enregistrements ou utiliser des techniques plus accessibles comme la respiration consciente.

Le dernier objectif secondaire était d'étudier des pistes qui permettraient une amélioration de la prise en charge en hypnose pour les patients. Les participants ont évoqué l'idée d'un remboursement des séances d'hypnose, permettant ainsi l'accès au plus grand nombre. Faire connaître l'hypnose auprès du public a aussi été vu comme une nécessité. Ce besoin de connaissances émerge aussi dans le discours des patients par la suggestion d'une consultation dédiée à des explications. Cette dernière permettant aussi pour eux de créer un lien de confiance avec l'hypnothérapeute.

III. Discussion des résultats et comparaison avec la littérature

A) Liens entre douleurs et psychisme : une relation bilatérale

Les entretiens réalisés dans cette étude ont permis d'explorer la singularité des patients interrogés. Le vécu de la douleur est influencé par de nombreux facteurs comme la personnalité de l'individu, ses expériences antérieures et des facteurs sociaux comme le mode de vie. C'est ce que l'on appelle la modulation épigénétique (39).

On peut cependant retrouver des points communs dans ces récits. Les patients interrogés rapportent des expériences de vie difficiles : deuil, maladie, traumatismes, violences. Ces données rejoignent des revues de la littérature comme celle d'Edwards et al. (84) et celle de Mills et al. (38) qui étudient les facteurs psychosociaux en lien avec le développement et la persistance des douleurs chroniques. Dans ces publications, des antécédents d'expériences traumatisantes précoces ou des périodes difficiles dans l'enfance sont retrouvés comme facteurs de risque de développer des douleurs chroniques. Les études mettent aussi en avant des liens entre syndrome de stress post-traumatique et douleurs chroniques (85).

Nous avons déjà évoqué le fait que la douleur est la première cause de handicap dans le monde. On retrouve cette notion de handicap dans les différents entretiens menés. Le retentissement des douleurs résulte également d'interactions dynamiques entre des facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux (84). La douleur bouleverse les patients dans leurs projets de vie, leur équilibre et leur rôle social.

Plusieurs patients ont souligné l'importance du soutien de leur entourage pour faire face à leur douleur et à ses conséquences. L'environnement et le soutien social familial et professionnel sont des éléments importants qui peuvent influencer le vécu de la douleur d'après Edwards et al (84). Cependant, la douleur et la maladie peuvent aussi avoir des conséquences sur cet entourage. L'hypnose peut être un moyen d'aider les aidants à soutenir leurs proches.

Certains des patients interrogés présentent des signes de catastrophisme vis-à-vis de leurs douleurs. Ce trait est secondaire à des stratégies cognitives désadaptées qui renforcent la perception de sévérité de la maladie au travers notamment de ruminations, d'un sentiment d'impuissance et de pessimisme (84). L'expérience douloureuse est d'autant plus perçue comme négative et elle paralyse le patient dans sa vie.

Lors des entretiens, les patients ont évoqué les conséquences de la douleur sur leur santé mentale. Ils ont décrit des symptômes dépressifs, anxieux et un sentiment de culpabilité vis-à-vis de leur entourage. Ces éléments étaient à l'origine d'une véritable souffrance. Ils concordent avec les méta-analyses déjà citées (38,84). On estime que 20 à 50% des patients douloureux chroniques souffrent également de dépression. Le lien entre douleur et souffrance s'inscrit dans un cercle vicieux. En effet, la dépression, l'anxiété et la détresse émotionnelle ont été rapportées comme étant des facteurs de risque de chronicisation des douleurs et des facteurs aggravant les douleurs.

Un document de la SFETD (86) rappelle l'importance de prendre en considération la dimension psychologique des patients douloureux et l'intérêt d'introduire dans la boucle pluridisciplinaire un psychologue ou un psychiatre.

Finalement, la souffrance est une part indissociable de la douleur. Cette part subjective de la douleur est confortée dans sa définition rédigée par l'IASP. Malgré cela, le dualisme platonicien corps-esprit existe encore dans la mentalité de beaucoup, notamment des médecins. L'anthropologue David Le Breton souligne dans l'un de ses articles (87) :

« Nos sociétés occidentales connaissent de longue date un dualisme entre le corps et l'âme (ou l'esprit). Il y aurait alors une douleur (physique) et une souffrance (psychique). On sépare traditionnellement la douleur, atteinte de la chair, et la souffrance, atteinte de la psyché. Cette distinction oppose le corps et l'homme comme deux réalités distinctes, faisant ainsi de l'individu le produit d'un collage surréaliste entre une âme et un corps. Le dualisme douleur-souffrance n'est pas plus fondé que le dualisme corps-esprit. »

La médecine oublie alors qu'elle ne soigne pas qu'un corps ou qu'une blessure objective mais un individu dans son entièreté avec toute la subjectivité qui le constitue. La douleur est multidimensionnelle par nature par l'enchevêtrement de ses composantes. Elle marque l'individu, retentit sur son rapport au monde et prend un sens. Pour Le Breton, elle devient alors perception par *« la confrontation d'un événement corporel à un univers de sens et de valeur »*. C'est cette dernière qui confère à la douleur cette dimension de souffrance.

Au travers de cette vision anthropologique du lien douleur-souffrance et des relations cliniques entre douleur et psychisme, il paraît nécessaire de ne pas individualiser ces concepts dans la prise en charge des patients. C'est dans cette réflexion que l'hypnose peut trouver place, s'efforçant ainsi de soulager le corps par un travail de l'esprit, en modifiant la perception de la douleur et donc la souffrance induite.

B) L'importance de la relation thérapeutique et l'exemple de la relation hypnothérapeute-patient

« C'est dans votre tête »

Les patients se sont exprimés sur leur relation avec les professionnels de santé et notamment avec les médecins. Ils ont parfois eu la sensation de ne pas être entendu ou pris au sérieux dans leur douleur. Ils ont également eu la sensation de n'être qu'un dossier, un cas plus ou moins intéressant, un objet de science médicale qui leur a fait perdre leur statut d'individu. Plusieurs d'entre eux ont dénoncé avoir été heurtés par des paroles blessantes voire humiliantes.

C'est un constat rapporté par France Assos Santé dans un article intitulé *Ces patients douloureux à qui l'on dit : « c'est dans votre tête »* (88). Dans cet article, Nadine Randon, présidente de Fibromyalgie SOS et Nathalie Deparis, présidente de l'association francophone pour vaincre la douleur attestent du nombre de témoignages qu'elles reçoivent dans ce sens. Cette réflexion et ces mêmes mots ont été cités à plusieurs reprises dans les entretiens. C'est une formulation culpabilisante pour les patients qui met en réalité en avant un manque de formation en communication des professionnels de santé.

Plusieurs patients comme P7 rapportent l'importance des mots employés par les professionnels de santé et leur caractère potentiellement nuisible. Pour cela, la communication doit être améliorée. C'est dans cet objectif d'améliorer les compétences communicationnelles des internes de médecine générale que le Département Universitaire

de Médecine Générale (DUMG) de Rouen développe de nouveaux outils. Le dernier à avoir été introduit dans la formation est la Consultation Simulée avec Rétroaction (CoSiR). Dans sa thèse, le docteur Mylène Théot (89) a évalué la satisfaction des étudiants vis-à-vis de cette technique qui leur a notamment permis d'améliorer leurs compétences dans l'utilisation du langage verbal, para-verbal et non-verbal et dans leur approche centrée-patient.

L'hypnose a aussi des avantages communicationnels. On parle alors de communication hypnotique ou d'hypnose conversationnelle. Pour Barbier et al. (90), l'apprentissage de l'hypnose permet de mieux maîtriser le langage dans ses différents niveaux. L'hypnose passe aussi par l'observation des langages du patient qui aide le soignant à s'adapter dans la relation de soins et par l'utilisation de phrases positives et encourageantes.

Cette phrase « c'est dans votre tête » met également en lumière un probable sentiment d'impuissance des médecins face à la douleur du patient. Cette incapacité à soulager le patient peut mettre en échec le médecin, c'est une notion évoquée par P12. La relation thérapeutique avec le patient douloureux n'est pas toujours simple et se heurte à un patient dans l'attente d'un traitement magique capable de supprimer toute douleur. Cette attente de guérir et de revenir à sa vie antérieure a été retrouvée chez plusieurs patients notamment P11. Elle pousse le médecin dans ses retranchements ce qui peut provoquer des difficultés relationnelles. Comme nous l'avons déjà évoqué, le médecin doit accepter l'expérience douloureuse du patient et écouter sa souffrance. L'empathie est un élément central de toute relation thérapeutique mais tout particulièrement quand on parle de douleurs chroniques (91).

« C'est dans votre tête ». Cette affirmation renvoie aussi à une sous-estimation voire une banalisation de la douleur que certains patients interrogés nous ont rapporté. On peut espérer que la reconnaissance de la douleur chronique dans la CIM-11, notamment la reconnaissance des douleurs chroniques primaires, permettra une meilleure reconnaissance de cette pathologie dans le milieu de la santé (17).

Ces derniers points mettent en avant le besoin d'améliorer les connaissances des professionnels de santé sur la douleur. En 2020, un rapport de la SFETD soulignait l'importance de la formation pour les soignants, en particulier pour les médecins généralistes au travers du Développement Professionnel Continu (DPC) (92).

La relation thérapeutique avec un patient douloureux doit nous faire oublier ce dualisme corps/esprit et nécessite de passer à un modèle biopsychosocial dans lequel s'intègre la difficile évaluation de la part subjective de la douleur (91). C'est cette relation thérapeutique et a fortiori cette alliance thérapeutique qui peut permettre au patient de reprendre confiance en la médecine et de modifier ses conceptions et ses comportements.

La relation thérapeutique en hypnose : une relation spécifique ?

C'est donc parfois dans un climat de perte de confiance et avec, comme l'explique P4, cette demande de lien thérapeutique que les patients se sont dirigés vers l'hypnose.

Mais y a-t-il une vraie différence dans la relation de soin en hypnose ?

En effet, les patients disent avoir besoin d'un lien de confiance avec leur hypnothérapeute. C'est un prérequis nécessaire comme l'explique P12. Apprendre à connaître ou déjà connaître l'hypnothérapeute est un élément facilitant cette confiance. Mais la confiance est à la base de toute relation thérapeutique.

P13 avait cependant une interprétation ambivalente de son lien avec son hypnothérapeute qui était aussi son médecin traitant. Le lien établi était un élément rassurant mais elle semblait avoir été bloquée par la relation médecin-malade qui existait en parallèle.

La relation de soin en hypnose nécessite également d'évaluer les attentes des patients et de les repositionner dans une attitude de changement et non de guérison. C'est une démarche que plusieurs patients ont décrite au travers de leur première consultation avec l'hypnothérapeute. Ce temps d'entretien a été vécu comme une phase essentielle. Pour Patrick Bellet, médecin et fondateur de la CFHTB, c'est un prérequis obligatoire avant tout traitement en hypnose (61). C'est aussi un moment où les hypnothérapeutes ont apporté des informations aux patients, déconstruit leurs idées reçues et ont su les rassurer. Des études ont montré que fournir des informations adéquates permet d'augmenter l'adhésion des patients à l'hypnose (93). On peut cependant soutenir qu'expliquer les tenants et aboutissants d'une prise en charge est nécessaire quelle qu'en soit la nature.

Toute relation, y compris la relation thérapeutique, est bilatérale. Même si les effets de l'hypnose dépendent en grande partie de l'individu, l'hypnothérapeute est un facteur qui peut en modifier le résultat. Dans les différents entretiens, on se rend compte de la place centrale qu'accordent les patients à l'hypnothérapeute et des différents rôles qu'il a pu jouer.

Étonnamment, P1 qui couvre pourtant de louanges son hypnothérapeute individualise la relation thérapeutique et les bénéfices de l'hypnose. On peut imaginer que l'importance de l'hypnothérapeute pour les patients présente des variabilités individuelles.

Dans un article récent, Bachelard et al. (94) parle de cet engagement relationnel réciproque et des facteurs liés à l'hypnothérapeute pouvant influencer le traitement hypnotique. Croyances, capacité d'écoute, expérience, attitude de l'hypnothérapeute sont autant de facteurs à prendre en compte.

L'absence de registre d'hypnothérapeutes rend impossible d'établir leur profil et leur rapport à la douleur. On peut se demander si les hypnothérapeutes ont une disposition particulière qui les rendrait plus sensibles à la question de la douleur puisque c'est l'un des axes majeurs de prise en charge en hypnose. C'est en tout cas une impression qui est ressortie des entretiens ; comme si les patients se retrouvaient enfin après des années de difficultés face à un soignant bienveillant et à l'écoute de leur souffrance.

Pour A. Bioy (95) et Bachelard et al (94), l'alliance thérapeutique en hypnose se base sur une coopération mutuelle soignant-soigné dont le but est de construire un plan de soin visant un objectif commun, réfléchi et déterminé en amont. Ce sont des éléments que l'on retrouve en tant que médecin dans la décision thérapeutique. L'hypnose a pour particularité de solliciter activement le patient dans le travail thérapeutique (95). On retrouve ce concept dans tout le travail hypnotique exposé par les patients interrogés.

En hypnose comme ailleurs, la peur, l'injustice et la colère éprouvées par le patient peuvent mettre à mal cette alliance thérapeutique (94). On peut supposer que la colère et la déception de P3 jouent sur sa relation avec son hypnothérapeute. Au contraire, une alliance

positive basée sur la confiance et une prise en charge individualisée, peuvent impacter positivement l'intensité douloureuse perçue et en réduire le retentissement (94).

Malgré quelques spécificités, l'hypnose relève donc d'une relation thérapeutique qui s'apparente à celle qui existe dans toute relation soignant-soigné.

Le rôle central de la relation thérapeutique est à la base de l'approche centrée sur la personne (ACP), une psychothérapie humaniste développée au XX^{ème} siècle par l'américain Carl Rogers (1902-1987). Le but de cette technique est d'aider l'individu à faire appel à ses propres ressources pour réaliser son potentiel. Elle se base sur trois principes pouvant s'appliquer à toute relation interpersonnelle (96) :

- La compréhension empathique : la capacité à comprendre le monde de l'autre, ses émotions, sans les ressentir soi-même.
- La congruence attachée à l'authenticité : la conscience de soi, le contact avec son monde intérieur et le lien entre les pensées et les gestes et expressions.
- La considération positive inconditionnelle : l'attitude humaine, chaleureuse, encourageante et sans jugement, l'acceptation des dimensions de l'autre sans condition.

Ainsi, le soignant peut apporter du mieux-être au patient en étant disponible, attentif, centré sur la situation, sincère et bienveillant. Ces principes ne sont pas sans rappeler ceux de la relation hypnotique et de la relation médecin-malade en médecine générale.

C) Hypnose et société ou le besoin de démystifier l'hypnose

Les patients avaient peu de connaissances concernant l'hypnose avant de la pratiquer. Lors des entretiens, ils ont abordé la question de la représentation de l'hypnose. Une image commune est ressortie, celle de l'hypnose de spectacle. Des résultats similaires sont retrouvés chez les patients interrogés par le docteur Maude Lacroix dans sa thèse s'intéressant au vécu des patients ayant pratiqué l'hypnose avec des médecins généralistes (97).

Cette image d'hypnose de spectacle renvoie aux dérives potentielles de cette pratique et au pouvoir supposé d'emprise mentale de l'hypnotiseur tout puissant face au sujet hypnotisé. Dans son article sur la représentation sociale de l'hypnose, Didier Michaux, professeur en psychologie, discute de la relation interpersonnelle entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé. Il y évoque cette position de domination de l'hypnotiseur (98). Cette image de contrôle est également retrouvée dans la revue narrative de Geagea et al. (93). Les auteurs y évoquent aussi la peur d'être inconscient lors des séances d'hypnose, d'être à la merci de l'hypnotiseur et d'être obligé de répondre et de faire ce qu'il demande. Ce sont des idées que nous avons retrouvées chez plusieurs patients interrogés.

Cette idée reçue vient en partie de l'histoire de l'hypnose et du mesmérisme animal où tout le pouvoir de guérison était attribué au magnétiseur. Même si certains patients ont pu avoir cette impression de perte de contrôle comme P6, d'autres ont constaté pouvoir maîtriser ce qu'ils voulaient faire ou partager avec l'hypnothérapeute.

Les patients ont aussi abordé leur changement de perception vis-à-vis de l'hypnose après leurs séances et ont apporté un œil critique sur l'hypnose de spectacle. Pour eux, elle discrédite l'hypnose thérapeutique. C'est cette représentation médiatique et scénique de

l'hypnose qui est communément retrouvée et sert de référence à l'heure actuelle dans la société.

Au cours des discussions avec les patients, plusieurs ont suggéré l'importance de faire connaître davantage l'hypnose à la population générale. Certains étaient même prêts à prendre le rôle de patient expert voire ressource, à partager leurs connaissances et leur expérience pour participer à cette reconnaissance. C'est dans ce souci de démythification que Geagea et al. ont publié leur article (93). Ils soulignent l'importance de donner des explications claires pour combattre les mythes et les idées reçues sur l'hypnose qui entravent son acceptation par la population générale et dans le milieu médical.

L'hypnose peut aussi être associée à une image de sorcellerie ou de magie comme nous l'évoquent certains patients. Cette spiritualité est aussi notée par D. Michaux par l'utilisation fréquente du mot « croire » (98). Cependant il évoque également l'importance de cette dimension magique, qui si elle est néfaste pour la plupart des patients, peut s'avérer nécessaire pour certains et même être volontairement renforcée par les thérapeutes. C'est ce résultat étonnant que nous avons aussi retrouvé avec P4 qui nous parlait d'expérience irrationnelle, magique voire surnaturelle avec l'hypnose. Une image qui était pour elle bienfaitrice.

L'usage de l'hypnose peut aussi être confondu avec la relaxation, la méditation, la pleine conscience ou encore la respiration. C'était le cas pour P10. Ces différentes techniques utilisent des éléments communs et peuvent s'entrecouper. La respiration et la relaxation peuvent aussi être utilisées en hypnose (93).

D'autres représentations peuvent être retrouvées dans la population générale mais n'ont pas été relevées lors des entretiens. On peut citer l'image de l'hypnose liée au sommeil et au somnambulisme ou encore la peur de l'amnésie post-hypnotique (93).

D) Le patient : facteurs personnels influençant douleur et réponse à l'hypnose

Liens entre personnalité du patient et douleurs

Il est reconnu que la personnalité du patient peut exercer une influence sur la manière dont il vit la douleur. Des effets positifs sont perçus chez les patients ayant des capacités de résilience et d'acceptation ou un sentiment d'auto-efficacité. Malgré des douleurs d'intensité élevée, les patients résilients auraient un retentissement moins important et un meilleur taux de survie à dix ans (38). On retrouve cette notion de résilience chez plusieurs des patients interrogés. Au contraire, le catastrophisme lié à la douleur peut en altérer le pronostic (84).

Les stratégies mises en place par les patients peuvent aussi modifier le ressenti de la douleur et ses répercussions sur la qualité de vie. Des patients qui utilisent des attitudes passives comme le fait de prendre des médicaments et se reposer auraient un retentissement plus important de leur douleur par rapport à des patients qui adoptent des stratégies actives comme l'exercice physique.

Personnalité du patient et relation thérapeutique

La personnalité des patients joue aussi sur la relation thérapeutique et donc potentiellement sur la qualité de la prise en charge. Des patients ayant des capacités introspectives et d'affirmation vont construire une meilleure alliance thérapeutique que des patients qui ont des attitudes défensives, d'évitement ou un sentiment de désespoir (99). Ce sont des traits que l'on retrouve chez plusieurs patients avec par exemple l'évitement chez P5 ou le désespoir chez P3.

Le patient et la question de l'hypnotisabilité

Les patients interrogés sont conscients de la notion d'hypnotisabilité, certains comme P2 parlent de réceptivité. L'hypnotisabilité est la capacité individuelle à ressentir des modifications suggérées pendant l'hypnose et varie entre faible, moyenne et forte. Sa mesure est basée sur la suggestibilité via des grilles évaluant le nombre de suggestions expérimentées avec succès par l'individu (100). La suggestibilité est considérée par certains comme un trait de personnalité constitutif de l'individu (101). Cependant, certaines recherches montrent que l'entraînement à l'autohypnose et à la relaxation peuvent améliorer le niveau de suggestibilité mesuré (100).

Des différences structurelles et fonctionnelles existent entre sujets hautement et faiblement hypnotisables (100). Les études en IRM ont montré une plus grande taille des zones frontales et du rostrum du corps calleux chez les individus ayant un fort niveau d'hypnotisabilité pouvant être en lien avec la capacité attentionnelle. Des études ont aussi enregistré des différences à l'électroencéphalogramme. En IRMf, les zones d'activation variaient avec une plus grande activation du gyrus cingulaire antérieure chez les patients fortement hypnotisables.

Même si les patients hautement hypnotisables présentent un soulagement plus important, les individus ayant un niveau moyen d'hypnotisabilité tirent aussi des bénéfices de l'hypnose. Il existe une faible proportion (environ 20%) de sujets faiblement suggestibles mais cela ne veut pas dire qu'ils ne sont pas du tout hypnotisables. Vanhauzenhuyse et al. précisent ne pas utiliser ces échelles dans leur pratique (100). Il n'existe pas de recommandations concernant cette évaluation. Le manque d'intérêt à utiliser ces échelles dans la pratique est aussi souligné par A. Bioy qui se préoccupe plutôt de savoir ce que le patient fait des suggestions (101). Aucun des patients interrogés n'a parlé d'une quelconque évaluation standardisée préalable de la part des hypnothérapeutes.

On pourrait aussi penser que certains traits de caractères peuvent influencer sur cette hypnotisabilité. On retrouve dans notre étude des patients qui se disent curieux et ouverts à tester de nouvelles expériences. D'autres patients se décrivent comme cartésiens, aimant garder le contrôle, perfectionnistes et disent avoir des barrières mentales qu'il est difficile de lever, témoins de leur retenue.

Néanmoins, les études peinent à trouver des liens entre la personnalité du patient et son degré d'hypnotisabilité. Une étude chinoise publiée en 2017 ne retrouvait que l'ouverture à l'expérience comme lien significativement différent entre les patients faiblement et fortement hypnotisables (102). Ce résultat n'est pas retrouvé de manière systématique dans d'autres études. Le profil de personnalité général ne semble donc pas en cause dans la

question d'hypnotisabilité. Il n'y a pas non plus de modification liée au sexe ou au genre de l'individu hypnotisé (101).

Une variable observée est celle de l'âge (101). Le professeur en psychologie A. Bioy nous rappelle que l'hypnotisabilité est maximale entre 8 et 12 ans, un âge où les enfants sont habitués à naviguer entre réel et imaginaire. P7 met aussi en avant la limite de l'âge et de l'imaginaire du patient. Mais pour elle, cette limite a aussi trait à la fatigue qu'induit l'utilisation de l'hypnose. Cependant, certains adultes que Joséphine Hilgard nomme les « patients voyageurs » conservent cette aptitude à s'évader dans leur imaginaire. En parlant de patient voyageur on pense à P6 qui dépeint une vie intérieure riche et pour qui la sensorialité occupe une grande place. Elle décrit des sensations visuelles mais aussi olfactives et kinesthésiques pendant ses séances d'hypnose et d'autohypnose.

Autres facteurs personnels influençant la prise en charge en hypnose

D'autres facteurs peuvent jouer sur la réussite de la thérapie hypnotique. Dans les entretiens on retrouve la notion de disponibilité de la personne qui peut varier d'une séance à l'autre et d'un moment de vie à un autre. Elle dépend du climat intérieur dans lequel se trouve le patient. Leur esprit peut être brouillé par des préoccupations (P10), des émotions trop fortes ou par une douleur ingérable (P6). D'après Bicego et al. le contexte, les attentes, les croyances et les motivations du patient peuvent avoir des implications sur leur prise en charge en hypnose (73).

La revue de Geagea et al. mentionne que l'attitude des patients vis-à-vis de l'hypnose est un élément essentiel pour 75% des cliniciens hypnothérapeutes (93). Des patients ayant des projections positives par rapport à leur évolution, impliqués dans leur thérapie et motivés pourraient voir plus de résultats avec leur thérapie (99). On peut penser que des patients comme P8 qui anticipent l'échec de la thérapie ne sont pas dans la meilleure disposition pour en tirer des bénéfices.

E) Place de l'hypnose dans la vie du patient douloureux : une nouvelle ressource

Une partie des patients interrogés a eu des bénéfices avec l'utilisation de l'hypnose. Certains ont décrit des bénéfices concernant leurs douleurs : diminution des douleurs, gestion des crises mais aussi diminution de la place de la douleur dans la vie quotidienne. On peut voir que l'hypnose a eu un retentissement positif sur la douleur en elle-même mais surtout sur la représentation que s'en font les patients. L'hypnose leur permet de la mettre à distance.

Cependant, les patients ont ressenti une action plus globale de l'hypnose qui ne s'arrête pas à la douleur. Elle leur a apporté un bien-être et leur a permis de se reconnecter à eux-mêmes, de se retrouver. L'hypnose s'inscrit dans une quête personnelle de soulagement et d'acceptation de soi.

Certains patients ont eu des bénéfices qui portaient sur des aspects psychologiques. On peut citer le travail de deuil de P3, le travail des traumatismes de P9, l'acceptation, la gestion du stress et de l'anxiété.

Ces différents effets sont décrits par A. Bioy (50,103) et Mubiri et al (54). L'hypnose aurait des effets sur le nombre et l'intensité des crises douloureuses, sur l'angoisse liée à la

douleur, sur l'anticipation anxieuse mais aussi sur le catastrophisme, le stress, l'estime de soi, la dépression, l'anxiété, l'humeur et la qualité du sommeil des patients. L'hypnose permet aux patients de « *faire un pas de côté* ». Cela explique qu'elle semble surtout agir sur la façon de percevoir l'expérience douloureuse. Et plus qu'une action sur la douleur, c'est sur le tableau clinique global que l'hypnose va avoir un effet en diminuant la « charge négative » qui y est associée.

Les études scientifiques ont du mal à évaluer les bénéfices de l'hypnose sur la douleur chronique contrairement à la douleur aiguë (103). Les essais contrôlés se concentrent généralement sur la douleur en elle-même et parfois sur la qualité de vie ce qui ne concorde pas avec les résultats que nous venons d'exposer. C'est ici que l'on comprend les limites des études présentées dans l'introduction (76,77).

Ce constat a également été fait par l'INSERM (49) : « *Les bénéfices de l'hypnose tels que formulés par les patients ont du mal à être traduits en termes numériques à l'aide des instruments cliniques habituellement utilisés dans les études. Par exemple, dans le traitement de la douleur, c'est l'impact émotionnel de la douleur qui serait réduit par l'hypnose plus que l'intensité de la douleur elle-même.* » Dans ce rapport, l'INSERM explicite la nécessité d'évaluer la subjectivité liée à l'hypnose et à la douleur et le besoin de réaliser des études qualitatives de bonne qualité.

Dans la méta-analyse de Langlois et al. (77), il a été décrit un effet significatif de l'hypnose dans les douleurs chroniques au bout de seulement huit séances. Cet effet nombre de séances dépendant n'a pas été décrit par les patients interrogés. Certains avaient besoin de faire régulièrement des séances d'hypnose quand d'autres étaient complètement autonomes après un faible nombre de séances.

Différents patients ont parlé de leur usage de l'autohypnose. Plusieurs d'entre eux l'utilisent de manière quotidienne comme P6. L'autohypnose apporte une certaine autonomie au patient et le place directement comme acteur de ses soins. Leplus-Habeneck et al (104) expliquent l'intérêt de l'autohypnose qui permet d'activer ses propres ressources et de développer ses compétences d'autosoins.

Pour A. Bioy, l'autohypnose doit s'apprendre avec un hypnothérapeute et le patient doit s'approprier les exercices pour construire ses séances. Ce sont des notions retrouvées à plusieurs reprises dans les entretiens. P7 explicite la nécessité de s'emparer de l'outil hypnotique.

Cependant, certains patients rencontraient des difficultés ou une incapacité à pratiquer l'autohypnose. Ils n'arrivaient pas à rentrer seuls dans une transe hypnotique ou étaient distraits rapidement par la vie quotidienne.

Et quand l'hypnose ne fonctionne pas ? Étonnamment, nous n'avons pas retrouvé d'effets particulièrement négatifs chez les patients qui n'ont pas du tout adhéré à la technique de l'hypnose comme P8 ou chez ceux n'ayant pas éprouvés de bénéfices à long terme. On peut noter un sentiment de déception chez P10 et P13. Les patients qui n'ont pas bénéficié de l'hypnose ont analysé leur situation et trouvé plusieurs facteurs à cet échec : anticipation, barrières et indisponibilité émotionnelle en font partie. La relation entre l'hypnothérapeute et le patient n'a pas non plus pâti de l'échec de la technique au-delà de la peur de décevoir l'hypnothérapeute notée chez P3.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'études se rapportant directement aux patients pour qui l'hypnose n'a pas fonctionné et explicitant les facteurs ou les conséquences de cet échec.

Il nous paraît cependant important de relever les effets indésirables de l'hypnose soulevés par les patients. Ce sont étrangement des patients qui ont eu des bénéfices avec l'hypnose qui les décrivent. On pense à P7 qui analyse la dangerosité de l'hypnose qu'elle a ressentie ; bien qu'elle soit probablement un sujet hautement hypnotisable. Peut-être en est-ce même la cause ? Certains comme P6 ont pu ressentir une perte de contrôle et se faire peur en rentrant dans une transe négative. D'autres comme P9 décrivent des difficultés à s'ancrer dans la réalité. Enfin, plusieurs des patients interrogés dépeignent une forme de dépendance à l'hypnose ou à leur hypnothérapeute comme P4. Des effets négatifs à l'hypnose ont été relevés dans la thèse du docteur Pauline Rivoire (105) notamment concernant le sentiment de dépendance.

Il existe peu de données scientifiques s'attachant aux effets indésirables de l'hypnose (53). La CFHTB, après revue de littérature, rapporte deux études à la faible qualité méthodologique qui montrent la survenue notamment de malaises, nausées, céphalées, attaques de panique. Cependant il est difficile de mettre ces effets en relation directe avec l'hypnose et d'autres études devraient être menées pour mieux les évaluer.

P. Bellet souligne toutefois que le principal danger de l'hypnose dépend « *de celui qui l'utilise* » (61). Il désigne aussi le retard thérapeutique et la création de faux-souvenirs comme des risques.

L'hypnose est donc une thérapie permettant au patient de porter non seulement un nouveau regard sur ses douleurs mais aussi sur lui-même et sur le monde. Elle agit sur les différentes composantes de la douleur et peut placer le patient dans un cercle vertueux. Pour des patients qui ont pu craindre de perdre le contrôle, l'hypnose restaure en réalité une forme de maîtrise sur leur prise en charge et sur leur vie. Elle leur permet de développer de nouvelles stratégies d'adaptation et de coping actif.

F) Intégration de l'hypnose dans le champ de la santé : quelle place dans le système de soin ?

Des difficultés d'accès pour les usagers

Plusieurs des patients nous ont parlé des difficultés qu'ils avaient rencontrés à faire de l'hypnose. P6 nous parle du délai de consultation de plusieurs mois quand il s'agit d'hypnose réalisée en structure hospitalière. Cela concorde avec les difficultés rencontrées par les patients à avoir une prise en charge en SDC (3).

D'autre part, l'investissement en temps et en argent demandé par l'hypnose a été soulevé par certains. On retrouve cette problématique dans la thèse de P. Rivoire (105). Curieusement, cet investissement n'est pas un frein pour tous les patients mais plutôt un choix et une notion de sacrifice à faire pour son bien-être comme le suggère P1.

Une autre question que certains se sont posés comme P11 est celle du choix de l'hypnothérapeute. Bien que les différentes associations comme l'IMHEN proposent un

annuaire de ses professionnels adhérents, il n'existe pas de registre général d'hypnothérapeutes de confiance facilement accessible.

Les patients ont aussi exprimé leur regret concernant le manque d'orientation par leur médecin traitant vers les thérapies complémentaires notamment vers l'hypnose. Dans sa thèse sur la représentation de l'hypnose par les médecins généralistes normands non formés à cette pratique, le docteur Mathilde Nardone (65) montre que des freins persistent pour les médecins généralistes. Elle constate que des fausses croyances subsistent malgré une amélioration des connaissances grâce à l'information scientifique. L'absence de lien avec les hypnothérapeutes de proximité et l'absence de réglementation vis-à-vis de l'hypnose sont aussi cités.

Éthique en l'hypnose : Qui peut exercer l'hypnose ? Comment la pratiquer ?

Pour P. Bellet, la question est plus « *qui peut pratiquer l'hypnose pour soigner ?* » (61). Le sujet du statut et de la formation de l'hypnothérapeute a plusieurs fois été discuté par les patients. Le statut de professionnel de santé était vu comme un élément sécuritaire pour eux. Cependant, on peut noter que pour P5, l'absence de statut de soignant n'aurait pas été un frein.

Pour pratiquer l'hypnose de soin, le statut de professionnel de santé ou de psychologue est nécessaire pour P. Bellet. Cela permet d'avoir des connaissances dans les champs de la médecine, de la psychologie et dans la prise en charge des pathologies qui s'y attachent. Pour lui, même en étant professionnel, l'hypnothérapeute ne doit pas dépasser son champ de qualification habituel : « *la pratique de l'hypnose n'élargit pas le domaine de compétences du professionnel de santé : l'hypnose augmente les capacités d'action dans ce domaine.* » (61). On retrouve cet exemple avec P7 orientée par son hypnothérapeute kinésithérapeute vers un psychiatre spécialisé en syndrome de stress post-traumatique.

Dans son rapport sur l'encadrement de l'hypnose, le CMG parle de l'utilisation de l'hypnose par les non professionnels de santé. C'est aussi une question abordée par la CFHTB. Ils apportent un regard plus nuancé sur cette pratique, expliquant son intérêt dans différents domaines notamment celui du bien-être, de l'éducation ou de la créativité artistique (9,53). On peut ainsi penser à P6 qui réfléchit à une formation en hypnose pour l'appliquer sur le versant éducationnel avec ses élèves.

Le principe de déontologie veut que le mésusage commence pour tout hypnothérapeute là où se termine son champ réglementaire de compétences.

Même s'ils ne sont pas directement évoqués par les patients, les principes d'éthique semblent importants. Ils souhaitent pratiquer l'hypnose en toute sécurité. P7 souligne la puissance de cette méthode.

La CFHTB (53) met en garde contre les potentielles dérives de l'hypnose notamment sur son usage récréatif et l'idéalisation faite de l'hypnose spectaculaire même médicale. Certains pays comme la Belgique ont même interdit l'usage de l'hypnose de spectacle.

Pour une hypnose en toute éthique, la CFHTB propose une hypnose thérapeutique inscrite dans la volonté d'autonomisation du patient dans un objectif déterminé en avance entre les deux parties. Elle repose sur une intention bienveillante du thérapeute.

Place de l'hypnose dans le soin

Pour les patients, l'utilisation de l'hypnose est régulièrement apparue après de nombreux échecs thérapeutiques. Certains présentent même une forme de dégoût de la médecine conventionnelle et deviennent réfractaires à l'usage des traitements médicamenteux. Cela les amène parfois à avoir des attentes irraisonnées par rapport à leur prise en charge en hypnose.

Pour les patients chez qui l'hypnose devient une ressource thérapeutique, elle peut s'inscrire dans une prise en charge globale, pluridisciplinaire et coordonnée entre les différents acteurs de soins. Elle ouvre aussi parfois la voie vers la prise en charge d'autres problématiques. Comme l'explique P7, elle repositionne le patient comme un acteur de ses soins. Il est la source du changement, l'hypnose en est une clé. La position de guide que prend l'hypnothérapeute s'associe aux principes de la HAS qui font du patient un sachant, moteur de la décision médicale partagée et acteur de sa prise en charge (9). D'après François Roustang, l'hypnose « *accompagne chaque patient au seuil de sa liberté* ».

L'hypnose s'inscrit alors comme une approche complémentaire mais n'a pas pour objet de remplacer la médecine conventionnelle. La CFHTB parle de médecine intégrative qui associe médecine conventionnelle et médecines complémentaires et que le patient peut intégrer dans son quotidien pour devenir autonome et développer une nouvelle manière de vivre (53).

En 2023, lors du tout premier sommet mondial sur la médecine traditionnelle, l'OMS a proclamé sa volonté de développer cette démarche de médecine intégrative en associant des approches conventionnelles et traditionnelles (106).

C'est aussi comme plusieurs patients ont pu l'envisager, un moyen de limiter l'usage des traitements médicamenteux. C'est, comme certains le disent, un moyen de retrouver un bien-être et un confort de vie qui leur permet de se réinvestir dans leur vie personnelle et sociale et notamment dans le travail. On pourrait alors penser que l'hypnose permet à la société de faire des économies en diminuant les soins lourds et le retentissement des douleurs chroniques. C'est la supposition que fait la CFHTB (53). Quelques études sur l'économie de la santé ont été réalisées en hypnoanalgésie et paraissent favorables pour le moment mais des études plus poussées et dans d'autres indications sont nécessaires. Il serait important alors de prendre en compte le temps et le coût liés à la formation des hypnothérapeutes.

Certains patients comme P1 ont présumé que leur hypnothérapeute tirait également des bénéfices à pratiquer l'hypnose. P. Bellet dans son ouvrage *L'hypnose pour réhumaniser le soin* (107) déclare que l'hypnose élargit l'éventail des possibilités pour le soignant qui l'utilise. C'est un outil analgésique et relationnel supplémentaire. C'est aussi un moyen de sortir du soin habituel et de s'autoriser des moments plus créatifs. L'hypnose est aussi décrite comme un outil de gestion du stress pour les soignants et serait un facteur protecteur de burnout d'après la CFHTB (53) et donc un protecteur de la santé mentale des soignants.

On retrouve ce type de bénéfices dans la thèse du docteur Julie Lanchec menée auprès de médecins généralistes (108). Elle y montre que pour les médecins, l'hypnose est un facteur d'épanouissement personnel et professionnel. C'est un moyen de se détendre, de prendre soin de soi et c'est un plus dans la communication avec le patient.

Et en médecine générale, quelle place accorder à l'hypnose ?

Nous avons vu que plusieurs patients parlent du lien de leur médecin traitant généraliste avec l'hypnose. Cette relation va du médecin totalement réfractaire aux médecines complémentaires au médecin hypnothérapeute. Ils ont également constaté le manque de connaissances et déploré l'absence d'orientation des médecins généralistes vers ce type de thérapie.

Dans son rapport de 2021 (9), le CMG signale que sur les cinq années précédentes, plus de 5000 médecins généralistes s'étaient formés à l'hypnose par le biais du DPC, un chiffre donc probablement sous-évalué. La formation en hypnose s'inscrit cependant plus dans un besoin de formation en communication pour les médecins généralistes que dans une volonté d'exercice formel en hypnose. Elle leur permet d'élargir l'éventail d'outils qui leur permet de prendre en charge les patients notamment dans des aspects relationnels et psychothérapeutiques et en toute bienveillance. Le CMG conclue ce rapport avec la nécessité d'intégrer pendant les études médicales des formations permettant aux futurs médecins d'avoir des bases de connaissances sur les différentes thérapies brèves qui existent.

Le médecin généraliste a donc différents rôles à jouer dans l'intégration de l'hypnose aux soins : il peut être acteur en devenant hypnothérapeute mais aussi plus simplement accompagner les patients dans cette démarche d'intégrativité de la médecine en leur donnant les informations clés à une démarche éclairée.

IV. Perspectives

L'hypnose connaît un essor considérable depuis plusieurs années. Ses mécanismes d'action et ses champs d'application sont de mieux en mieux compris. De nouvelles thérapies comme celles associant réalité virtuelle et hypnose voient le jour (109) montrant aussi l'intérêt de la communauté scientifique à trouver des méthodes de réduction de la douleur non pharmacologiques.

Des études de forte puissance semblent toutefois encore nécessaires aux vues des recherches bibliographiques réalisées. D'autres approches méthodologiques comme les études qualitatives apparaissent et permettent de comprendre les effets subjectifs de l'hypnose. Dans le champ de la douleur chronique, ces études pourraient permettre de déterminer de nouveaux objectifs. Ainsi, la diminution du handicap lié à la douleur ou le bien-être apporté par l'hypnose pourraient être des critères d'efficacité plus pertinents que la diminution de la douleur en elle-même.

Des études complémentaires à notre travail pourraient s'attacher à interroger des patients aux profils plus larges, notamment des patients suivis par des hypnothérapeutes sans statut de soin afin de déterminer s'il existe de vraies différences voire des influences. Il semble nécessaire de mener des études sur les effets de l'hypnose sur le long terme. La place de l'hypnose dans le soin pourrait aussi être interrogée grâce à une approche par théorisation ancrée.

Des études socio-économiques de grande ampleur semblent essentielles afin de déterminer les coûts et les économies liés à l'utilisation de l'hypnose dans les douleurs chroniques. Cela pourrait peut-être permettre d'envisager un remboursement de cette prise en charge.

Au fil des entretiens, les patients ont évoqué des pistes d'amélioration pour leur prise en charge en hypnose. Dans la pratique, on peut envisager d'inclure dans chaque traitement hypnotique une première consultation qui permettrait au patient et à l'hypnothérapeute d'apprendre à se connaître mutuellement et créer un lien de confiance. Ce serait également un moment propice pour déterminer les besoins et les attentes du patient, faire un état des lieux de leurs connaissances sur l'hypnose et au besoin, déconstruire leurs idées reçues.

Les résultats apportés par les entretiens suggèrent que l'hypnose est mise en place tardivement dans la prise en charge des patients. Une intégration de cette technique plus précocement dans le suivi du patient douloureux pourrait peut-être faire apparaître des bénéfices supplémentaires ?

Il paraît donc important de faciliter l'accès des patients à l'hypnose. Une piste pourrait être de créer des registres de thérapeutes disponibles sur des territoires géographiques donnés. Des améliorations vis-à-vis de l'orientation des patients douloureux vers les thérapies complémentaires sont également nécessaires.

Pour cela, une meilleure connaissance de l'hypnose par les professionnels de santé, en particulier ceux de premier recours intégrant donc les médecins généralistes, semble primordiale. On pourrait envisager d'inclure une formation concernant les bases des thérapies brèves durant les études médicales. Cela permettrait aux médecins de connaître les grands principes de ces techniques et de mieux informer les patients.

Même un collectif comme No FakeMed® constate l'intérêt potentiel de l'hypnose mais met en garde les usagers contre son utilisation par des thérapeutes qui ne sont pas professionnels de santé (110). Ce constat rejoint la stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 (111). Il semble aujourd'hui essentiel pour la France de s'engager dans la lignée de cette stratégie dans une politique nationale de réglementation des pratiques non conventionnelles. Cela permettrait une reconnaissance des formations et du statut d'hypnothérapeute. L'intégration de l'hypnose thérapeutique dans la législation paraît essentielle pour protéger les patients et leur garantir une prise en charge de qualité.

Conclusion

Les patients souffrant de douleurs chroniques se retrouvent souvent dans une situation où les traitements médicamenteux et la médecine conventionnelle ne leur apportent plus de réponses satisfaisantes. C'est dans ce contexte qu'ils en viennent à tenter une nouvelle approche : l'hypnose.

L'objectif de cette étude était de rapporter le vécu de patients ayant pratiqué l'hypnose dans le cadre de douleurs chroniques.

Loin de son image mystique, l'hypnose ericksonienne est une pratique basée sur l'individualité du patient. Elle le place comme acteur de sa prise en charge. Elle favorise son autonomisation grâce à la pratique de l'autohypnose.

La relation thérapeutique est un élément clé dans le suivi du patient douloureux chronique. Les patients soulignent l'importance de leur hypnothérapeute dans leur prise en charge. La communication hypnotique et bienveillante semble être une composante essentielle de cette relation. L'hypnothérapeute joue un rôle de guide pour le patient.

Ces positions sont aussi celles de l'approche centrée-patient, l'un des fondements de la médecine générale actuelle.

L'hypnose amène le patient à changer ses perceptions et à découvrir une nouvelle manière d'envisager la vie. Chez un patient douloureux chronique, elle ne permet pas seulement une meilleure gestion des douleurs mais apporte aussi un bien-être. Elle prend en compte les aspects sensoriels et émotionnels de la douleur. Elle permet également au patient de reprendre confiance en lui et de se projeter dans l'avenir.

L'hypnose peut cependant être source d'effets indésirables qu'il faut s'attacher à rechercher. La déontologie et l'éthique se placent alors comme le nécessaire garde-fou contre les dérives de l'influence et de l'emprise du thérapeute sur le patient.

Les patients n'adhérant pas à l'hypnose ne décrivent pas de changements négatifs importants. Cela laisse penser que l'hypnose pourrait être proposée à tous les patients qui souhaitent en bénéficier. Pour cela, des progrès restent à faire pour en améliorer l'accessibilité.

L'hypnose est une ressource thérapeutique pour certains patients. Cependant, elle ne remplace pas la médecine conventionnelle. Elle la complète en apportant une nouvelle dimension au suivi, peut-être plus personnalisée. L'hypnose ericksonienne vient alors s'intégrer dans une prise en charge globale.

Références bibliographiques

1. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. juin 2008;136(3):380-7.
2. Inserm [Internet]. Douleur · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/douleur/>
3. HAS, CFETD, CMG. Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/guide._parcours_de_sante_dune_personne_presentant_une_douleur_chronique.pdf
4. The Declaration of Montreal | International Association for the Study of Pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/iasp-statements/access-to-pain-management-declaration-of-montreal/>
5. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
6. Attention aux risques des pratiques de soins « non conventionnelles » [Internet]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/attention-aux-risques-des-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
7. Haute Autorité de Santé [Internet]. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
8. Haute Autorité de Santé [Internet]. Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272030/fr/evaluation-et-strategies-de-prise-en-charge-de-la-douleur-aigue-en-ambulatoire-chez-l-enfant-de-1-mois-a-15-ans
9. Avis du CMG. lecmg.fr. 2021. Hypnose et hypnothérapie : avis du CNP de médecine générale concernant l'encadrement de la pratique de l'hypnose/hypnothérapie par des non-médecins. Disponible sur: <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2022/01/Avis-CMG-pratique-hypnose-non-medecin-11-2021.pdf>
10. Grisolet N. Nouvelle définition de la douleur [Internet]. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. 2020. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/>

11. International Association for the Study of Pain. IASP revises its definition of pain for the first time since 1979 [Internet]. [iasp.org](https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheets_R2.pdf); 2020. Disponible sur: https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheets_R2.pdf
12. Vader K, Bostick GP, Carlesso LC, Hunter J, Mesaroli G, Perreault K, et al. La définition révisée de la douleur de l'IASP et les notes complémentaires : les considérations pour la profession de la physiothérapie. *Physiother Can* [Internet]. 2021;73(2):106-9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8370722/>
13. Brochet B. Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et chronique. *Rev Prat* [Internet]. 2005;55:2181-8. Disponible sur: http://ecn.bordeaux.free.fr/ECN_Bordeaux/Mod_6_Douleur_files/RDP_2005%20bases%20physio%20de%20la%20douleur%2065.pdf
14. SFETD. Livre blanc de la douleur 2017 Etat des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen [Internet]. Medline; 2017. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf
15. Bassan F, Conradi S, Brennstuhl MJ. Chapitre 1. Les paradigmes de la douleur. In: *Prendre en charge la douleur chronique*. Dunod; 2018. p. 14-39.
16. Definitions of Chronic Pain Syndromes [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/definitions-of-chronic-pain-syndromes/>
17. Meyer S. La classification de l'IASP de la douleur chronique pour la classification internationale des maladies (CIM-11). 2019 juin.
18. Ministère des Solidarités et de la Santé. Douleur : de quelle douleur parle-t-on ? [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/douleur-de-quelle-douleur-parle-t-on>
19. Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet Lond Engl*. 29 avr 2000;355(9214):1486-90.
20. Blanchon K, Moreaux T. Chapitre 32. Hypnoalgésie et soins douloureux : Indications et problématique. In: *Hypnoalgésie et hypnosédation*. Paris: Dunod; 2014. p. 230-7. (Aide-Mémoire).
21. K. Casey, R. Melzack. Sensory, Motivational, and Central Control Determinants of Pain. In: *The skin senses*. Dan R. Kenshalo; 1968. p. 423-39.
22. Boureau F, Dupain P, Gay MC. Le modèle multidimensionnel biopsychosocial de la douleur chronique : Douleurs et souffrances. *Modè Multidimens Biopsychosoc Douleur Chron Douleurs Souffrances*. 2000;(19):13-23.
23. Inserm. Inserm. 2021. Douleur. Un symptôme fréquent, parfois vécue comme une fatalité. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/douleur/>

24. Michard G. La prise en charge de la douleur chronique par l'hypnose [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2016.
25. Plaghki L, Mouraux A. Physiologie de la douleur. *Encycl Médicochirurgicale-Kinésithérapie-Médecine Phys-Réadapt.* oct 2017;13(4):1-23.
26. Calvino Bernard. Neuromodulation-neurostimulation : physiopathologie de la douleur et cibles neurochirurgicales. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* 1 oct 2011;12(5):224-33.
27. Calvino Bernard. Physiopathologie de la douleur chronique [Internet]. CAPDouleur. 2019. Disponible sur: <https://www.capdouleur.fr/physiopathologie-de-la-douleur-chronique-par-bernard-calvino/?locale=fr>
28. Yang S, Chang MC. Chronic Pain: Structural and Functional Changes in Brain Structures and Associated Negative Affective States. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2019;20(13). Disponible sur: <https://www.mdpi.com/1422-0067/20/13/3130>
29. Révolution de la physiopathologie des douleurs chroniques. *Dépêche Tech.* nov 2021;(189):8-11.
30. Fontaine R, Vanhauzenhuyse A, Demertzi A, Laureys S, Faymonville ME. Apport de la neuro-imagerie fonctionnelle à l'étude de la douleur. *Rev Rhum.* 1 juin 2009;76(6):593-8.
31. Laurent B, Peyron R. Intégration centrale de la douleur chronique et apport de l'imagerie fonctionnelle. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* févr 2009;10:35-44.
32. Rôle potentiel des facteurs psychologiques dans la plasticité cérébrale associée à la douleur chronique [Internet]. 2011. Disponible sur: <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/video/i/100084/n/role-facteurs-psychologiques-plasticite-cerebrale-associee-douleur-chronique#>
33. Tracey Irene, Bushnell Catherine. How Neuroimaging Studies Have Challenged Us to Rethink: Is Chronic Pain a Disease? *J Pain.* 1 nov 2009;10(11):1113-20.
34. Laurent Bernard. L'imagerie fonctionnelle de la douleur : de la réponse somatique à l'émotion. *Bull Académie Natl Médecine.* avr 2013;4-5(197):831-46.
35. Government of Canada SC. Prevalence of chronic pain among individuals with neurological conditions [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2018003/article/54921-fra.htm#>
36. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* 1 mai 2006;10(4):287-333.
37. Eschalièr A, Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Langley P, et al. Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15000 personnes adultes. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* 1 févr 2013;14(1):4-15.

38. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth*. août 2019;123(2):e273-83.
39. Kuner R, Kuner T. Cellular Circuits in the Brain and Their Modulation in Acute and Chronic Pain. *Physiol Rev*. janv 2021;101(1):213-58.
40. Delelis G, Christophe V, Berjot S, Desombre C. Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens ? *Bull Psychol*. 2011;Numéro 515(5):471-9.
41. Serrie A, Mourman V, Treillet E, Maire A, Maillard G. La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. juin 2014;15(3):106-14.
42. O'Brien T, Breivik H. The impact of chronic pain-European patients' perspective over 12 months. *Scand J Pain*. 1 janv 2012;3(1):23-9.
43. Haute Autorité de Santé [Internet]. 1999. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire
44. SFETD. Boîte à outils [Internet]. Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/boite-a-outils/>
45. Interclud Occitanie. Outils d'évaluation et d'aide au diagnostic douleur [Internet]. Disponible sur: <https://www.interclud-occitanie.fr/outils-douleur/outils-devaluation-et-daide-au-diagnostic-douleur>
46. Managing the opioid crisis in North America and beyond. *The Lancet* [Internet]. mai 2022;399(10324):495. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00200-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00200-8/fulltext)
47. ANSM. ANSM. Actualité - Antalgiques opioïdes : l'ANSM publie un état des lieux de la consommation en France. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/antalgiques-opioides-lansm-publie-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-en-france>
48. Serra E. Du bistouri au taï chi. Les traitements non médicamenteux de la douleur. *Douleurs Éval - Diagn - Trait*. 1 déc 2017;18(6):265-8.
49. Inserm. Inserm. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose – 2015 · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/rapport/evaluation-de-lefficacite-de-la-pratique-de-lhypnose-2015/>
50. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C. *Hypnose*. Paris: Dunod; 2020. 340 p. (Les Ateliers du praticien).
51. American Psychological Association. Definition of hypnosis [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://ijceh.com/apa-div30>
52. Antoine Bioy, Louis Crocq, Maximilien Bachelart. Origine, conception actuelle et indications de l'hypnose. *Ann Méd-Psychol*. 1 nov 2013;171(9):658-61.

53. Confédération francophone d'hypnose et thérapie brève. Livre blanc de l'hypnose clinique et thérapeutique [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.cfhtb.org/livre-blanc/>
54. Mubiri MA, Richard M, Bioy A. Place de l'autohypnose dans la prise en charge de la douleur. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* juin 2015;16(3):116-23.
55. Moreni A, Barber A. Origines et histoire de l'hypnose. *Kinésithérapie Rev.* 1 juin 2015;15(162):14-9.
56. CFHTB. Milton H. Erickson [Internet]. Disponible sur: <https://www.cfhtb.org/hypnose/milton-h-erickson/>
57. Vanhauzenhuysse A, Laureys S, Faymonville ME. Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiol Clin Neurophysiol.* oct 2014;44(4):343-53.
58. Daniel Bontoux, Daniel Couturier, Charles-Joël Menkes. Thérapies complémentaires – acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi – leur place parmi les ressources de soins – Académie nationale de médecine [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/therapies-complementaires-acupuncture-hypnose-osteopathie-tai-chi-leur-place-parmi-les-ressources-de-soins/>
59. Faymonville EM, Mambourg HP, Joris J, Vrijens B, Fissette J, Albert A, et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain.* déc 1997;73(3):361-7.
60. Faymonville ME, Fissette J, Mambourg PH, Roediger L, Joris J, Lamy M. Hypnosis as adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. *Reg Anesth.* 1995;20(2):145-51.
61. Bellet P. L'Hypnose. Paris: Odile Jacob; 2002. 290 p. (Hors collection).
62. DGS. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. Les pratiques de soins non conventionnelles. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
63. CCAM. ANRP001 Séance d'hypnose à visée antalgique - Code CCAM [Internet]. Disponible sur: <https://www.aideaucodage.fr/ccam-anrp001>
64. Isabelle Célestin-Lhopiteau. Chapitre 1. Histoire de l'utilisation de l'hypnose dans le champ de la douleur. In: *Hypnoalgésie et hypnosédation.* 2014. p. 5-11. (Aide-Mémoire).
65. Nardone M. Représentation de l'hypnose par les médecins généralistes normands non formés à cette pratique: étude qualitative auprès de médecins généralistes de Haute-Normandie [Thèse d'exercice en médecine]. Université de Rouen Normandie; 2020.
66. Pellegrini M. L'hypnose éricksonienne dans la prise en charge de la douleur chronique. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* 1 avr 2008;9(2):65-70.
67. Faymonville ME, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *J Physiol-Paris* [Internet]. 1 juin 2006 [cité 21 mars 2022];99(4):463-9. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0928425706000179>

68. Bioy A, Wood C. Chapitre 18. Imagerie de l'hypnose. In: Hypnothérapie et hypnose médicale. Paris: Dunod; 2014. p. 111-7. (Aide-Mémoire).
69. Lone Knudsen, Gitte Laue Petersen, Kathrine Naested Norskov, Lene Vase. Review of neuroimaging studies related to pain modulation. *Scand J Pain*. 1 juill 2011;2(3):108-20.
70. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry*. 1 févr 1999;45(3):327-33.
71. Faymonville ME, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *J Physiol-Paris*. 1 juin 2006;99(4):463-9.
72. Faymonville ME, Roediger L, Del Fiore G, Delgueldre C, Phillips C, Lamy M, et al. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Cogn Brain Res [Internet]*. 15 juill 2003 [cité 21 mars 2022];17(2):255-62. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0926641003001137>
73. Bicego A, Rousseaux F, Faymonville ME, Nyssen AS, Vanhauzenhuyse A. Neurophysiology of hypnosis in chronic pain: A review of recent literature. *Am J Clin Hypn*. 15 oct 2021;64(1):62-80.
74. Haanen HC, Hoenderdos HT, van Romunde LK, Hop WC, Mallee C, Terwiel JP, et al. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *J Rheumatol*. janv 1991;18(1):72-5.
75. Tan G, Rintala DH, Jensen MP, Fukui T, Smith D, Williams W. A randomized controlled trial of hypnosis compared with biofeedback for adults with chronic low back pain. *Eur J Pain Lond Engl*. févr 2015;19(2):271-80.
76. McKittrick ML, Connors EL, McKernan LC. Hypnosis for Chronic Neuropathic Pain: A Scoping Review. *Pain Med*. 29 oct 2021;pnab320.
77. Langlois P, Perrochon A, David R, Rainville P, Wood C, Vanhauzenhuyse A, et al. Hypnosis to manage musculoskeletal and neuropathic chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. févr 2022;135:104591.
78. Gourdon F. Pratique et place des thérapies complémentaires au sein de la prise en charge hospitalière d'un centre de traitement de la douleur de CHU: évaluation de l'efficacité des thérapies complémentaires à propos de 68 patients douloureux chroniques [Thèse d'exercice]. Nantes Université. Pôle Santé. UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques; 2023.
79. Roulet E. Intérêt à moyen et long terme des techniques d'autohypnose dans la prise en charge des douleurs chroniques [Thèse d'exercice en médecine]. Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2018.

80. Deligne F. Intérêt de l'hypnose dans la prise en charge de la fibromyalgie évaluation de cette technique un an après sa mise en place: étude qualitative auprès de patients suivis au centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) au CHU de Nantes [Thèse d'exercice en médecine]. Université d'Angers; 2015.
81. Isabelle Aubin-Auger, Jean-Sébastien Cadwallader, Julie Gilles de la Londe, Matthieu Lustman, Alain Mercier, Agnès Peltier. Initiation à la recherche qualitative en santé. 1ère édition. Global Média Santé et CNGE productions; 2021. 192 p.
82. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.
83. CNGE Nice. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
84. Edwards RR, Dworkin RH, Sullivan MD, Turk DC, Wasan AD. The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. J Pain. 1 sept 2016;17(9):T70-92.
85. Tarquinio C, Auxéméry Y. Chapitre 13. Psychotraumatisme et douleur. In: Manuel des troubles psychotraumatiques. Paris: Dunod; 2022. p. 414-44. (Psychothérapies).
86. Antoine Bioy, Matthieu Dousse, Jean-Michel Gautier, Nathalie Lelièvre. SFETD - La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/10/cahier_sfetd_n1_-_mars_2013.pdf
87. Le Breton D. Entre douleur et souffrance : approche anthropologique. Inf Psychiatr. 2009;85(4):323-8.
88. Heck S. Ces patients douloureux à qui l'on dit : « C'est dans votre tête » [Internet]. France Assos Santé. 2021. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/2021/06/21/ces-patients-douloureux-a-qui-lon-dit-cest-dans-votre-tete/>
89. Théot M. Consultation simulée entre un comédien et un étudiant de 3ème cycle en médecine générale avec rétroaction (COSIR): satisfaction et évolution des besoins d'apprentissage en communication [Thèse d'exercice]. Université de Rouen Normandie; 2022.
90. Barbier É, Etienne R. Chapitre 7. Hypnose conversationnelle ou comment améliorer sa communication lors des soins. In: Hypnose en soins infirmiers. Paris: Dunod; 2016. p. 85-99. (Aide-Mémoire).
91. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. Cah Psychol Clin. 2007;28(1):167-83.
92. SFETD. Améliorer la prise en charge de la douleur en France [Internet]. 2020 nov. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2021/02/FEUILLE-de-ROUTE.pdf>

93. Geagea D, Ogez D, Kimble R, Tyack Z. Demystifying hypnosis: Unravelling facts, exploring the historical roots of myths, and discerning what is hypnosis. *Complement Ther Clin Pract.* 1 août 2023;52:101776.
94. Bachelart M, Bioy A, Clerc K. Alliance thérapeutique, douleur et pratiques à médiation corporelle. *Douleurs Éval - Diagn - Trait.* 1 sept 2023;24(4):173-81.
95. Bioy A. Chapitre 58. L'alliance thérapeutique en hypnothérapie. In: *L'alliance thérapeutique.* Paris: Dunod; 2021. p. 369-73. (Aide-Mémoire).
96. Carl Rogers - Qu'est-ce que l'Approche Centrée sur la Personne ? [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=C_R3a4lvblQ
97. Lacroix M. Vécu de patients ayant pratiqué l'hypnose auprès de médecins généralistes [Thèse d'exercice en médecine]. Université de Tours; 2015.
98. Michaux D. La représentation sociale de l'hypnose : conséquences sur la connaissance et la pratique de l'hypnose. *Perspect Psy.* 2005;44(5):341-5.
99. Plantade-Gipch A. Chapitre 13. Les caractéristiques du patient influençant l'alliance thérapeutique. In: *L'alliance thérapeutique.* Paris: Dunod; 2021. p. 81-5. (Aide-Mémoire).
100. Vanhaudenhuyse A, Nyssen AS, Faymonville ME. Recent Insight on How the Neuroscientific Approach Helps Clinicians. *OBM Integ Complement Med.* 9 mai 2020;5:1-20.
101. Bioy A. Chapitre 1. Suggestibilité. In: *Hypnothérapie et hypnose médicale.* Paris: Dunod; 2014. p. 3-9. (Aide-Mémoire).
102. Zhang Y, Wang Y, Shen C, Ye Y, Shen S, Zhang B, et al. Relationship between hypnosis and personality trait in participants with high or low hypnotic susceptibility. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 3 avr 2017;13:1007-12.
103. Bioy A. Chapitre 2. Douleur et hypnose. L'approche hypnotique en clinique de la douleur. In: *Prendre en charge la douleur chronique.* Paris: Dunod; 2018. p. 40-63. (Les Ateliers du praticien).
104. Leplus-Habeneck JS. Chapitre 10. L'autohypnose. In: *Cas pratiques en hypnose pour l'éducation thérapeutique du patient.* Paris: Dunod; 2021. p. 92-3. (Les Ateliers du praticien).
105. Rivoire P. L'hypnose thérapeutique dans la prise en charge du burnout: le vécu des patients [Thèse d'exercice en médecine]. Université Claude Bernard de Lyon; 2019.
106. World Health Organization. Global partners commit to advance evidence-based traditional, complementary and integrative medicine [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/19-08-2023-global-partners-commit-to-advance-evidence-based-traditional--complementary-and-integrative-medicine>

107. Bellet P. L'hypnose pour réhumaniser le soin. Paris: Odile Jacob; 2015. 256 p.
108. Lanchec J. Quelle influence la pratique de l'hypnose a-t-elle sur le médecin généraliste qui l'exerce ? [Thèse d'exercice]. Université de Rouen Normandie; 2021.
109. Célestin-Lhopiteau I, Bioy A, Bernard C. Chapitre 33. Réalité virtuelle thérapeutique et hypnose : une médecine digitale à notre portée ! In: Hypnoanalgésie et hypnosédation. Paris: Dunod; 2020. p. 256-61. (Aide-Mémoire; vol. 2e éd.).
110. Collectif No FakeMed. Hypnothérapie [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://nofakemed.fr/tag/hypnotherapie/>
111. World Health Organization. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241506096>

Annexes

Annexe 1 : Fiche d'information et formulaire de consentement relatifs à la participation à l'étude

		 Déléguée à la protection des données
---	---	--

INFORMATIONS RELATIVES A LA PARTICIPATION A UNE ETUDE

Madame, Monsieur,

Étudiante en médecine à l'Université de Rouen et en vue de l'obtention de mon Doctorat en médecine générale, je réalise ma thèse sur le vécu des patients accompagnés en hypnose pour des douleurs chroniques. A ce titre, je vous sollicite pour participer à un entretien visant à recueillir votre expérience concernant cette prise en charge.

Votre identité et vos coordonnées sont uniquement nécessaires pour l'organisation de l'entretien. Leur utilisation se fait sur la base juridique de la mission d'intérêt public (recherche scientifique) dont est investie l'Université de Rouen Normandie. Ces données seront supprimées à l'issue de notre entretien si vous consentez à y participer, ou lorsque vous m'aurez notifié votre refus d'y participer.

Au sujet des données personnelles vous concernant issues de l'entretien, leur utilisation est basée sur votre consentement. Vous pouvez le retirer à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement effectué avant le retrait. Si vous refusez que vos données personnelles soient utilisées, vous ne pourrez pas participer à cette étude.

Avec votre accord, notre entretien fera l'objet d'un enregistrement audio qui sera détruit dès retranscription écrite de celui-ci. Les données issues de ces entretiens seront, quant à elles, supprimées ou anonymisées dans un délai maximum de trois mois suivant la soutenance de ma thèse.

La seule personne, autre que moi-même, susceptible d'accéder aux données vous concernant est le docteur Yoann Seigneur, le directeur de cette thèse. Aucune information directement identifiante vous concernant ne figurera dans la thèse produite.

Vous disposez de droits sur vos données, vous pouvez ainsi :

- Demander l'accès aux données à caractère personnel vous concernant
- Demander la rectification ou l'effacement de ces données
- Vous opposer au traitement
- Demander la portabilité de vos données
- Définir des directives relatives au sort des données après votre mort

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la protection des données (DPO) de l'Université de Rouen qui peut être contacté :

 par mail à l'adresse dpo@univ-rouen.fr

 par courrier à l'adresse

Délégué à la protection des données,
Direction des affaires juridiques et statutaires,
Université de Rouen Normandie,
1 rue Thomas Becket,
76821 MONT SAINT AIGNAN.

Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle. En France, cette autorité est la CNIL.

www.univ-rouen.fr

Université de Rouen Normandie – 1 rue Thomas Becket – 76821 MONT SAINT AIGNAN Cedex

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Consentement au traitement de données personnelles

Je, soussigné(e) consens au traitement de mes données à caractère personnel par Mme Pauline Nattero, pour la réalisation d'une étude portant sur le vécu de l'accompagnement en hypnose chez des patients porteurs de douleurs chroniques et entrant dans le cadre de sa formation en médecine générale à l'Université de Rouen Normandie.

Je reconnais avoir pris connaissance et m'être vu remettre une copie de la page 1 de ce document « Informations relatives à la participation à une étude » décrivant les conditions dans lesquelles sera mis en œuvre le traitement.

J'ai également été informé(e) du fait qu'aucune donnée directement identifiante me concernant ne figurera dans la thèse produite.

Consentement à l'enregistrement audio

J'autorise Mme Pauline Nattero à effectuer un enregistrement audio de l'entretien pour les besoins de son étude.

Je reconnais avoir été informé(e) que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite de l'entretien et ne fera l'objet d'aucune communication au public.

Je consens au traitement de mes données à caractère personnel pour cette thèse

Je consens à l'enregistrement de ma voix à des fins de retranscription de notre entretien

Fait à :

Le :

Signature :

Les patients ont été informés dès la prise de contact de l'enregistrement audio des entretiens et de leur anonymisation. Ces règles leur ont été rappelées avant le début de l'entretien. Voici un exemple de la fiche d'information qui leur a été transmise et du formulaire de consentement qu'ils ont signé.

Annexe 2 : Liste de contrôle COREQ

N°	Item	Guide questions/description	Réponse	Page(s) de référence
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion				
Caractéristiques personnelles				
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Pauline Nattero	Page de garde
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de Médecine Générale	Page de garde et page 38
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude	Médecin généraliste remplaçant	Page 38
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme	Page de garde et page 94
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative	Page 96
Relations avec les participants				
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui pour un participant, vu en consultation en stage de SN1	Page 96
7	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Étude sur le vécu de la prise en charge en hypnose pour des douleurs chroniques	Pages 40 et 124
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Genre, activité de médecin généraliste, absence de formation en hypnose	Page 96
Domaine 2 : Conception de l'étude				
Cadre théorique				
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse interprétative phénoménologique	Page 39
Sélection des participants				
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage raisonné homogène. Recrutement par les hypnotérapeutes des patients.	Pages 39, 40 et 95
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone	Page 40

12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	13 participants	Pages 41 et 44
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Absence de données	Pages 43 et 95
Contexte				
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au domicile des patients ou en cabinet médical	Pages 43 et 96
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Oui pour un entretien	Pages 43 et 96
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Cf Tableau 1 caractéristiques de l'échantillon	Page 44
Recueil des données				
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui en annexe 3 Pas d'entretien test	Annexe 3 (page 129) Pages 41 et 94
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non	
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Un enregistrement audio	Page 41
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, journal de bord	Annexe 6 (Pages 138 à 150)
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	De 36 minutes à 2 heures (moyenne 1h19)	Page 43
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Suffisance des données à 13 patients. Pas de saturation en IPA	Page 41
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non	Page 94
Domaine 3 : Analyse et résultats				
Analyse des données				
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	La chercheuse Triangulation pour trois entretiens	Pages 42 et 94
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Exemple en annexe 4	Annexe 4 (page 130)

26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données	Page 42
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données	Nvivo® et Excel®	Page 42
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non	Page 94
Rédaction				
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui	Pages 47 à 93
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui	Pages 47 à 93 + Pages 97 à 112
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui (Résultats écrits + cartes conceptuelles)	Pages 97 à 99
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui	Pages 97 à 112

Annexe 3 : Guide d'entretien

❖ **Version initiale**

Question ouverte : Pouvez-vous me parler de votre expérience en hypnose ?

Thèmes à aborder :

- Errance thérapeutique avant hypnose
- Parcours de soins : adressage, ce qui a poussé à faire de l'hypnose
- Accessibilité
- Coût : frein ?
- Hypnothérapeute soignant ? Vision de l'hypnothérapeute non-soignant ?
- Lien avec l'hypnothérapeute
- Image de l'hypnose (notamment par rapport à l'entourage) avant et après séance
- Les attentes avant la prise en charge en hypnose
- Expérience : temps des séances, nombre, centre ou cabinet, ...
- Modification de la douleur
- Implication sur la vie quotidienne
- Poursuite en autohypnose ?

+ des questions fermées pour les données relatives aux patients : âge, nombre de séance, qualité de l'hypnothérapeute.

❖ **Version finale**

Question ouverte : Cette question d'introduction différerait en fonction des entretiens et de la première approche réalisée avec le patient.

Liste modifiée des thèmes à aborder (version finale) :

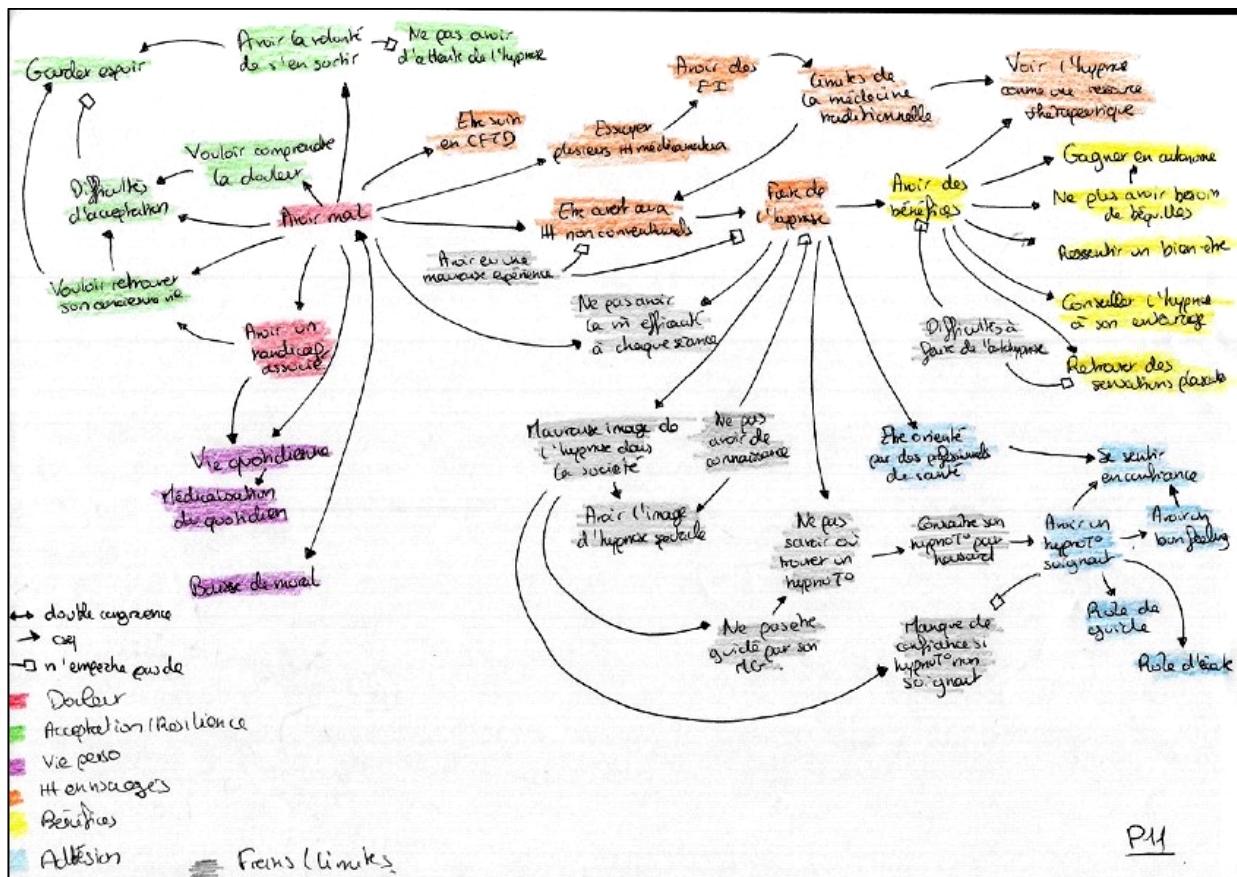
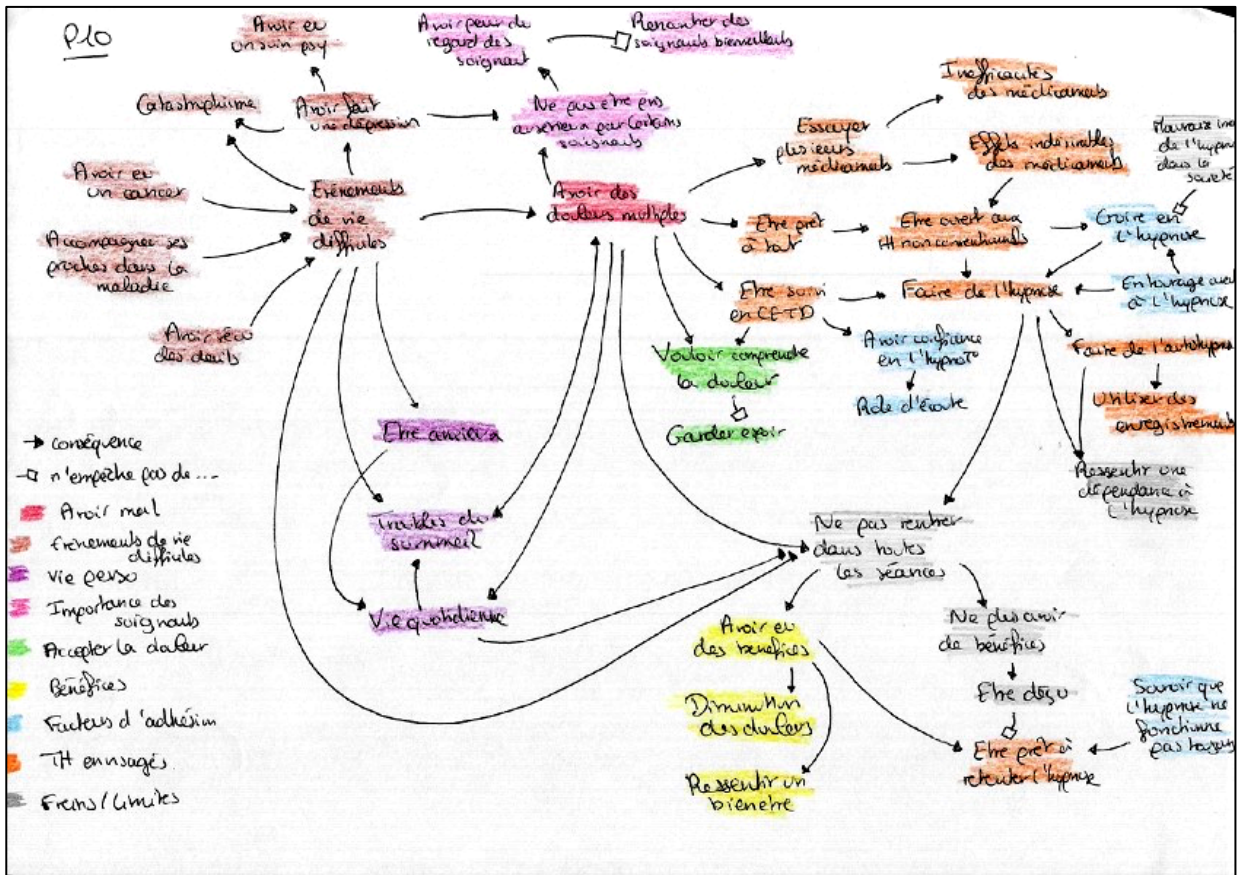
- Description de la douleur et de son retentissement.
- Parcours de soin : adressage, pourquoi l'hypnose, autres traitements utilisés (médicaments, autres médecines douces)
- Lien avec l'hypnothérapeute, sa place dans la prise en charge
- Attentes de l'hypnose
- Image de l'hypnose
- Points marquants des séances d'hypnose
- Modifications de la douleur et changements dans la vie quotidienne
- Autres bénéfices
- Freins à l'utilisation de l'hypnose : coût, avis de l'entourage, professionnels de santé
- Aspects négatifs de l'hypnose
- Autohypnose

+ des questions fermées pour recueillir : âge, métier, statut de l'hypnothérapeute, nombre de séances.

Il y a finalement eu assez peu de modifications du guide d'entretien entre le premier et le dernier participant. Une grande partie des thèmes étaient abordés par les patients de manière spontanée. Cette check-list était plutôt un mémo mais les questions posées se sont calquées de manière individuelle et spécifique par rapport au discours de chaque participant.

Annexe 4 : Exemple de codage

Verbatim	Étiquetage expérientiel	Code	Thème	Thème superordonné
Et puis bon voilà lorsque j'ai été opérée d'une tumeur [...]	J'ai eu un cancer	Cancer	Lourd passif médical	Le patient souffrant
pour essayer de maigrir ?	J'ai testé l'hypnose pour essayer de maigrir	Ressource thérapeutique établie	Expérience antérieure en hypnose	Le patient sachant
Et il y en a une autre qui m'a dit « beh il y a madame H1 [...]	Une amie m'a orientée vers mon hypnothérapeute	Bouche à oreille	Trouver un hypnothérapeute	Le patient guidé
Et comme j'étais pas très chaude parce que j'avais vu une émission de télévision	J'avais en tête l'image de l'hypnose de spectacle	Idée préconçue	Nécessité de démystifier l'hypnose	Le patient sachant
et je dis « moi je veux pas qu'on me fasse faire des choses que je veux pas ».	J'avais peur de perdre le contrôle en hypnose	Être dans le contrôle	Être dans le contrôle	Le patient douloureux
	J'avais peur de l'emprise de l'hypnothérapeute	Peur de l'emprise mentale	Nécessité de démystifier l'hypnose	Le patient sachant
Donc Mme H1 me reçoit gentiment et me dit « savez-vous en quoi consiste l'hypnose ? »	Mon hypnothérapeute m'a donné des explications sur l'hypnose	Temps d'explications	Nécessité de démystifier l'hypnose	Le patient sachant
	J'ai eu un temps de discussion avec l'hypnothérapeute	Temps de discussion	Lien thérapeutique	Le patient guidé
Je lui dis « non [...]	Je n'avais pas de connaissances sur l'hypnose	Absence de connaissances initiales	La quête d'explications	Le patient sachant
Et elle me dit « madame vous êtes pas à la télévision » [...]	Mon hypnothérapeute a déconstruit les idées reçues que j'avais de l'hypnose	Déconstruire les fausses images	Nécessité de démystifier l'hypnose	Le patient sachant
Et je trouve que l'hypnose et bah c'est très bien.	J'ai une vision positive de l'hypnose maintenant	Être convaincu par l'hypnose	Changement de perception	Le patient transformé
Bon parce que j'ai pas perdu toutes mes addictions faut pas exagérer [...]	L'hypnose n'est pas magique	Œil critique sur l'hypnose	Nécessité de démystifier l'hypnose	Le patient sachant
Donc une fois par an je vais faire une séance d'hypnose [...]	Je continue à faire de l'hypnose	Poursuite des séances	Décider de poursuivre en hypnose	Le patient acteur
Mais si vous voulez, c'est pas encore le mal que vous avez, je pense personnellement, je me trompe peut-être, qu'en fin de compte vous assumez mieux vos problèmes.	L'hypnose ne guérit pas miraculeusement	Œil critique sur l'hypnose	Nécessité de démystifier l'hypnose	Le patient sachant
	L'hypnose m'a permis de diminuer la place de la douleur dans ma vie	Diminution de la place de la douleur	Accéder au bien-être	Le patient transformé
Comme là pour mon problème de dos [...]	J'ai des douleurs dans le dos	Douleurs chroniques secondaires	Le patient douloureux	Le patient douloureux
Bah depuis que j'ai fait une séance c'est plus une obsession [...]	Ma douleur ne m'obsède plus	Diminution de la place de la douleur	Accéder au bien-être	Le patient transformé
Le mal est toujours là mais ça m'empêche pas de vivre normalement.	Grâce à l'hypnose, ma douleur ne m'empêche plus de vivre	Confort de vie	Réinvestir son quotidien	Le patient transformé
Je prends un Paracétamol par jour hein, donc je crois que je m'en sors pas trop mal.	J'évite de prendre trop de médicaments	Effets indésirables des médicaments	Les limites de la médecine moderne	Le patient douloureux
Je charrie mon bois [...]	J'ai pu reprendre mes activités avec l'hypnose	Source d'énergie	Réinvestir son quotidien	Le patient transformé
Et je referai une petite séance avec Mme H1 parce que [...] j'ai plus l'élan que j'avais avant	Quand j'ai un problème, j'envisage l'hypnose comme une solution	L'hypnose ressource thérapeutique	L'hypnose ressource thérapeutique	Le patient acteur



Annexe 6 : Extraits du journal de bord

Nous avons décidé de n'inclure que les extraits d'intérêt du journal de bord. Ils montrent les grandes étapes de la thèse et les réflexions de l'investigateur.

❖ **Les comptes-rendus de réunion avec le directeur de thèse :**

Ces comptes rendus correspondent à des réunions plus formelles présentielles ou en visioconférence. Le parcours de la thèse a évidemment été suivi de nombreux échanges avec le directeur de thèses, plus informels qui n'ont pas été retranscrits dans le journal de bord.

➤ 09/02/2021

Discussion sur :

- L'idée de la thèse : thème, méthodologie souhaitée
- L'élaboration de la question de thèse
- Le rétroplanning
- Prendre rendez-vous à la BU pour la bibliographie

➤ 21/02/2022

Oui beaucoup de temps depuis la dernière fois. Mais bon : implication syndicale, traces d'apprentissage, validation de phase d'approfondissement, vie personnelle.

Objectifs avant l'entretien : rendez-vous BU, lecture de thèses, élaboration de la question de recherche, un peu de biblio, lecture méthodo.

Discussion sur la question de thèse :

- Exercice des 7 questions de nouveau réalisé (cf question de thèse)
- Question finale : Quel est le vécu d'un accompagnement en hypnose de patients présentant des douleurs chroniques ?

Discussion sur la méthodologie :

- Analyse en IPA donc entretiens le plus ouverts possibles type "liste de course"
- Critères d'inclusion : ne pas exclure directement les patients ayant été pris en charge par des hypnotérapeutes non soignants (quelle approche ? même confiance ?). Expliciter la volonté de ne pas se limiter aux centres antidouleurs pour ne pas s'arrêter au troisième niveau et réellement parler de patients pris en charge en médecine de ville.

Discussion sur les potentielles personnes référentes à contacter : via le réseau d'hypnose, via les centres antidouleurs, via l'URML et le DUMG pour envoyer des mails vers les praticiens, via Facebook pour les internes/remplaçants.

Discussion sur la potentielle composition du jury de thèse : essayer de fixer une date environ 6 mois en avance pour être certains de la disponibilité.

Discussion sur l'élaboration de la fiche de thèse :

- Ce qu'il paraît avant tout manquer après cette réunion ce sont les références bibliographiques.
- Méthode d'enregistrement : audio +/- vidéo (intérêt du non verbal)
- Chercher une méthode de stockage des données

- Éthique : après recherche probable nécessité de faire une demande au CPP, étude catégorisée Loi Jardé 3. MR-003. Se mettre en lien avec la DPO.

Discussion sur l'après : potentielle publication. Titre plus accrocheur type : hypnose : quel vécu des patients douloureux chroniques ? Pour nos patients douloureux chroniques ?

Objectif fixé avec le directeur de thèse pour les vacances d'avril : avoir rédigé et envoyé la fiche de thèse.

Objectif personnel : idem pour le 15 mars.

Autre objectif personnel : élaboration du guide d'entretien + feuille de consentement avant fin avril. Ces deux étapes devant être validées par Yoann avant envoi

Une réunion productive qui m'a permis de rédiger une question de thèse qui me convient à moi mais également à mon directeur de thèse. Et l'impression d'enfin avancer dans ce travail ! Une volonté partagée de réaliser un travail carré avec une méthodologie parfaite (ou presque). Beaucoup de positif suite à cette réunion et des objectifs fixés pour les prochaines semaines.

➤ 12/09/2022

Nous avons discuté :

- Des avancées des derniers mois : retour comité de recherche clinique du CHU, autorisation DPO
- Du plan de la thèse
- Du guide d'entretien sous forme de check-list
- De la question d'ouverture de l'entretien et des relances pendant l'entretien
- Du fait d'enregistrer ou non les entretiens également en vidéo : la réponse est non

Yoann m'a donné une liste de personnes à contacter : professionnels soignants faisant de l'hypnose et pouvant m'aider à recruter des patients.

➤ 08/02/2023

J'ai revu Yoann aujourd'hui afin de discuter de l'avancée de la thèse :

- A ce jour j'en suis donc à 8 entretiens effectués et 5 analysés, sachant qu'en phénoménologie il n'est pas forcément nécessaire de faire les codages d'un entretien avant d'en réaliser un autre.

Ce qui ressort des codes effectués pour le moment dont nous avons discuté :

- Le besoin pour une patiente de ne pas avoir de justification scientifique à l'utilisation de l'hypnose, au contraire, besoin d'un côté plutôt mystique.
- Du fait que de nombreux patients parlent de manière spontanée de la communication parfois négative de certains soignants et de l'implication que cela a pu avoir
- De l'absence de connaissance de certains médecins généralistes concernant l'hypnose et du manque parfois d'orientation.

Certains entretiens ont été plus ouverts que d'autres en fonction de la personnalité des patients que j'avais en face de moi. Pour certains j'ai plus eu à "driver" les entretiens, cela implique donc peut être que les patients ont été moins "libres".

Nous avons discuté du rapport subjectif et empathique que je pouvais avoir vis-à-vis des patients que j'interrogeais et de l'importance que cela se retranscrive dans ma thèse après avoir évoqué l'apport que ces entretiens avaient pour moi mais aussi de la sensation que j'avais eu vis-à-vis de certains patients de leur avoir fait du bien après les avoir écouté.

Nous avons également discuté de mon syndrome de la page blanche. Après en avoir discuté avec une amie, j'ai envisagé de débiter par une partie plus "carrée", celle des méthodes. J'en ai discuté avec Yoann qui m'a dit pourquoi pas.

J'analyse le fait que mon perfectionnisme peut être un frein et une explication de ce "syndrome de la page blanche" et qu'il faut que j'accepte de ne pas passer 30 minutes à reformuler chaque phrase ...

Il m'a également redit que dans la discussion il fallait que je sois consciente que je prendrai un parti pris.

Ayant croisé le Pr Schuers hier et avoir discuté des délais pour passer ma thèse. Avec Yoann, nous avons fixé une date potentielle de thèse, date qu'il faut que je lui soumette. Nous avons donc tablé sur le 5 octobre ce qui nous a permis de revoir le rétroplanning : fin de rédaction 3 septembre, fin d'impression 10 septembre, fin des entretiens et de leur analyse mi-avril.

Je n'ai pas poursuivi ces derniers mois la rédaction de ce journal, pensant peut être que mes propres pensées n'étaient pas si importantes que cela pour la réalisation de cette étude. Yoann m'a repositionné dans une énergie plus active de la recherche, me réexpliquant ma position centrale de "chercheuse" et m'expliquant que cette subjectivité était tout aussi importante en recherche qualitative. Ce pour quoi je reprends aujourd'hui ce journal de bord de thèse.

➤ 31/05/2023

Nous avons abordé lors de cette réunion :

- La rédaction de la partie matériels et méthode
- La rédaction de la partie résultats sur les données de la population.
- Le fait d'anonymiser aussi les hypnotérapeutes dans les verbatims et dans l'étude.

➤ 09/08/2023

On rediscute :

- Du titre pour que je puisse envoyer la fiche à faire signer à la fac.
- Des résultats, de la triangulation et de mon avancée
- Pour les annexes on discute du fait que je peux proposer le verbatim sur clé usb pour éviter d'alourdir ++ les annexes.
- Yoann me conseille de mettre les schémas d'analyse que j'ai fait pour chaque entretien et de les individualiser du carnet de bord
- Dans la discussion insister sur la part subjective de l'hypnose et des difficultés donc à l'évaluer grâce à du quantitatif.
- On se rend compte que les patients sont souvent à l'origine pour leur prise en charge en hypnose ou autres traitements non conventionnels donc les médecins généralistes moins.

Et souvent hypnose utilisée après des mois/années de douleurs, pourquoi aussi tard ? Est-ce que l'utiliser plus précocement ça permettrait d'avoir une meilleure efficacité.

- A noter aussi que l'hypnose est un apprentissage pour vivre avec la douleur --> l'hypnose permet de moduler la part subjective de la douleur

Ouverture : place de l'hypnose car ne rentre pas dans l'EBM, voir aussi ce qu'en dit le collectif No Fake Med. Yoann me parle aussi des dernières avancées sur les possibles connexions neuronales entre les hémisphères dans la douleur et me dit qu'il va se renseigner pour moi.

➤ 19/08/2023

Nouvelle réunion avec Yoann à la suite de demandes de modifs sur l'introduction

En fait, après un petit coup de stress, c'était juste pour mettre en forme quelques paragraphes notamment sur la neurophysio de la douleur.

On a discuté des parties déjà faites et Yoann a l'air plutôt content. L'utilité de la partie de la neurophysio, c'est ce que l'on s'était déjà dit, que l'hypnose repose bien sur des principes établis sur le plan scientifique.

Le but de la discussion c'est de tirer des conclusions et de faire un modèle.

On va pouvoir faire des propositions, émettre des hypothèses car on est dans un système empirico inductif. Pour voir si ensuite il pourrait y avoir de nouvelles recherches basées sur les hypothèses émises.

A potentiellement intégrer dans la discussion : notion d'hypnose par les médecins généralistes ? Dommage que les gens arrivent à l'hypnose après avoir été dégoûté de la médecine allopathique

A priori il y a eu un sommet de l'OMS sur les médecins traditionnelles : peut être un élément à intégrer à la présentation Powerpoint pour le jour de la thèse.

Sinon niveau perspective : inclure des patients non suivis par hypnothérapeutes professionnels de santé : différences ? Influence sectaire ? Ouverture sur des questions d'éthique de soins.

➤ 06/09/2023

Dernière réunion avec Yoann aujourd'hui avant d'aller faire imprimer la thèse

On discute des schémas qu'il m'a envoyé et que j'ai incorporé à la thèse. Je lui ai expliqué que j'avais modifié la couleur du orange qui me paraissait trop clair, qui du coup ne ressortait pas assez et me donnait l'impression que hiérarchiquement l'idée était moins importante alors qu'elle représente les thèmes superordonnés.

On rediscute quelques idées de la discussion. J'ai des doutes sur le fait de mettre ou non des phrases du type "comme l'explicite P2" mais au final est-ce que je me serais posée la question de mettre un pourcentage en quantitatif ? Non. Alors finalement on a décidé de les garder.

On discute aussi de certains paragraphes mais Yoann me dit de tout garder et me rajoute 2/3 petites idées à placer. Il a l'air plutôt content du travail que j'ai fourni.

Il m'a aussi proposé de traduire en anglais mon résumé.

On rediscute publication et limite avec l'absence de comité d'éthique. A voir dans hypnose et thérapie brève peut-être ?

On discute un peu de la présentation que je vais commencer à préparer la semaine prochaine. Les prochaines réunions avec Yoann, ce sera pour cette dernière étape.

❖ Réunion au CETD de Rouen

Durant l'été 2022, j'ai contacté l'IMHEN afin de partager mon travail de thèse à leurs contacts. Mme (nom), infirmière et formatrice en hypnose m'a contacté afin de me proposer une rencontre au staff du CETD le 02/09/2022 :

- Rencontre lors d'un staff pluridisciplinaire au CETD
- Discussion du projet de thèse
- Demande de recrutement de 4 à 5 patients du CETD
- Proposition de prêt d'une salle

❖ Hypnothérapeutes contactés

➤ 13/09/2022

A partir de l'été 2022 j'ai commencé à contacter des praticiens en passant dans un premier temps par l'IMHEN, l'institut de formation en hypnose haut normand pour les professionnels de santé. A la rentrée, j'ai fait un point avec Yoann des personnes que je pouvais contacter. Il m'a donné des numéros de plusieurs professionnels de santé faisant de l'hypnose : médecins, psychologues, kinésithérapeute, spécialistes. J'ai de mon côté effectué des recherches sur google directement pour essayer de trouver des professionnels de santé et des hypnothérapeutes non soignants.

➤ 12/10/2022

J'ai pu organiser plusieurs entretiens avec des patients du CETD. J'ai même dû rappeler certains patients à qui elle avait demandé l'autorisation parce que je ne veux pas m'arrêter à des patients suivis dans un centre aussi spécifique que le CETD et du coup m'excuser de ne pas m'entretenir avec eux. Ça m'a déjà donné une bonne base de démarrage et ça m'a rassuré sur mes possibilités de recrutement. A côté de ça j'ai contacté pas mal d'hypnothérapeutes, certains m'ont répondu mais j'attends encore pas mal de réponses.

➤ 17/02/2023

Au final, j'ai eu des réponses de plusieurs praticiens :

- Certains m'ont répondu de manière positive et m'ont donné des coordonnées de leurs patients après leur avoir demandé leur accord.
- Certains m'ont répondu de manière positive sans me donner de nouvelles par la suite.
- Certains m'ont répondu de manière négative, faisant effectivement de l'hypnose mais pas dans le cadre des douleurs chroniques (psychologues et un hypnothérapeute).
- Certains ne m'ont pas répondu. C'est le cas de nombreux hypnothérapeutes non soignants malheureusement ce qui fait que je n'aurai pas de patients suivi dans ce cadre dans l'étude, sûrement à noter comme une limite.

❖ Bases de recherche et bibliographie

➤ 20/01/22

A partir de du livre Initiation à la Recherche Qualitative en Santé :

- Bien définir les concepts à explorer afin de trouver les mots-clés
- Prendre rdv avec la BU : 26/01
- Actions , acteurs et contextes à définir (synonymes et antonymes)
- Bases de données : CISMef®, LiSSa® (littérature grise), Persée®, Sudoc, CAIRN (publications de sciences humaines et sociales), PsycInfo, Cochrane, Google Scholar, PubMed, Odin (europresse, sciences directes, CAIRN, academic search premier)
- Fiche de lecture associée aux articles (peut être attaché sur Zotero)

➤ 21/01/22 : déterminer des mots-clés

Idées : hypnose, hypnothérapie, hypnoanalgésie, thérapie complémentaire, thérapie alternative, thérapie corps-esprit, hypno*

Douleurs chroniques,

Expérience, vécu

En anglais : hypnosis, hypnotherapy, complementary therapy, alternative therapy, mind-body therapy hypno*

Chronic pain

Experience

➤ 26/01/2022 : Rendez-vous à la BU avec Mme Denis-Raibaud

Services de la BU : prêt entre bibliothèque pour les articles et les thèses, possibilité de corriger la bibliographie de la thèse, si question sur Zotero® ou biblio.

On discute de la recherche avec les mots-clés, du catalogue Odin de la BU, des moteurs de recherche, de Zotero®.

❖ Outil de matérialisation de la question

➤ 20/01/22, Modifié le 21 et 23/02/22

Tableau selon livre de méthodologie :

Thème	L'hypnose éricksonienne dans les douleurs chroniques
Sujet	L'expérience des patients ayant eu recours à des séances d'hypnose dans le cadre de douleurs chroniques
Problématique	Il existerait probablement un apport bénéfique d'une prise en charge en hypnose des patients ayant des douleurs chroniques mais cette option thérapeutique n'est pas envisagée par tous.
Question	Quel est le vécu d'un accompagnement en hypnose de patients présentant des douleurs chroniques ?

Les 7 questions : l'objectif est de matérialiser la question tout en réfléchissant à mes a priori.

- *Quelle est ma question initiale ? Comment les patients présentant des douleurs chroniques parlent-ils de leur vie après un accompagnement en hypnose ?*
- *Comment en suis-je venu à me poser cette question ? Il y a beaucoup de patients en médecine générale qui consultent pour des douleurs, aiguës ou chroniques, et pour lesquelles nous sommes dans l'errance thérapeutique (parfois après une longue période d'errance diagnostique). Ce sont des consultations dans lesquelles je me retrouve en difficulté et c'est probablement le cas pour de nombreux confrères.sœurs. J'ai pu assister en stage lors de ma première année d'internat à des séances d'hypnose pour diverses indications auprès de mon maître de stage, également directeur de thèse. C'est une réponse que j'ai trouvé intéressante du fait d'une approche différente, non médicamenteuse, et d'une relation médecin-patient différente dans cette prise en charge. Je pense que j'aimerais savoir au travers de ces entretiens comment les patients ont vécu cette prise en charge, ce que ça leur a apporté mais aussi les difficultés potentielles auxquelles ils ont pu être confrontés.*
- *Si j'étais moi-même interrogée, quelle serait ma réponse ? Je pense que j'aurais une vision plutôt très positive de cette option de prise en charge après l'avoir vu réalisée chez des patients pour qui les autres options étaient des échecs. Tout du moins pour ce qui est de l'efficacité de cette option thérapeutique. Cependant, pour travailler dans un milieu semi-rural depuis la fin de l'internat, devant l'attente des consultations spécialisées en centre antidouleur, je m'interroge sur les possibilités d'accès pour les patients, sur les difficultés financières pouvant être rencontrées, ...*
- *Pourquoi suis-je convaincu que cette question est pertinente ? Je pense que cette question est pertinente car même si beaucoup d'études ont été menées sur le sujet de l'hypnose dans les douleurs chroniques celles-ci se concentrent le plus souvent sur des données quantitatives (efficacité par exemple) et non sur le ressenti des patients face à cette technique.*
- *Quelles réponses est-ce que j'attends des participants ? J'attends des participants qu'ils me parlent de leur expérience d'hypnose, positive ou non, de leurs potentielles difficultés d'accès à ces soins. J'attends également de savoir si c'est une technique qu'ils ont appris à réaliser seuls et s'ils l'utilisent encore.*
- *Quelles réponses est-ce que je n'attends pas des participants ? Je n'attends pas forcément des participants qu'ils me parlent d'une expérience qui n'a eu aucun effet sur eux, de neutralité, je pense que ce type d'expérience a un effet qu'il soit positif ou négatif. Je n'imagine pas non plus les participants me parler de facilité dans l'accès aux soins, peut-être pour certains cela sera-t-il le cas ? Je ne pense pas non plus qu'à présent il y ait encore des blocages sur l'image de l'hypnose, j'ai l'impression que c'est une pratique qui s'est démocratisée ces dernières années. Je n'attends pas des patients qu'ils me disent que l'hypnose a réellement amélioré leur douleur (mais plutôt l'image qu'ils ont de leur douleur).*

- Quelle est finalement ma question de recherche ? *Quel est le vécu d'un accompagnement en hypnose chez des patients présentant des douleurs chroniques ?*

Modélisation de la question : format RAPaCE

- Recherche : qualitative
- Approche méthodologique : analyse interprétative phénoménologique
- Phénomène analysé : l'hypnose dans les douleurs chroniques
- Concept mobilisé : Vécu
- Échantillonnage : Homogène via l'expérience.

❖ **Éthique**

➤ 18/04/2022

Envoi du document à la maison de recherche clinique du CHU de Rouen, l'objectif étant d'avoir un avis concernant la classification Jardé et la nécessité de réaliser ou non un dossier pour le CPP.

➤ 08/06/2022 : Retour du comité de qualification du CHU de Rouen

Retour en catégorie hors champ : pas de nécessité de faire un dossier au CPP.

➤ Mail de déclaration à la CNIL envoyé le 09/06/2022, envoi d'un questionnaire

➤ 15/06/2022 : Demande à la CNIL via le DPO rédigée

➤ 27/06/2022 : Envoi de la demande au DPO de l'université de Rouen

➤ 02/09/2022 : AIPD et inscription au registre des activités de traitement de l'Université sous le numéro CMP_UFRSANTE_20220823_01_DN. Ok pour lancer le recrutement des patients !

❖ **Recrutement**

Ne pas se limiter aux centres antidouleurs pour ne pas s'arrêter au troisième niveau et de la médecine de ville.

Au final lorsque j'ai contacté les patients m'ayant été indiqué, ils avaient déjà accepté que je les contacte et ils ont tous acceptés de me rencontrer pour l'entretien.

Je leur expliquais qu'ils pouvaient à tout moment m'envoyer un message pour annuler l'entretien. Je leur envoyais un message de rappel la veille ou le matin de l'entretien.

Ils étaient tous plutôt contents de participer au projet et beaucoup m'ont même accueilli chez eux souvent avec un café et parfois même des petits gâteaux.

Nous avons discuté un peu à mon arrivée, le temps de signer également les feuilles de consentement. Ils étaient assez curieux de savoir ce que je faisais, où je travaillais, si je faisais moi-même de l'hypnose ou non.

Tableau de caractéristiques des personnes premier jet : sexe, âge, milieu de vie, nb de séances, profession hypnothérapeute, motif

02/05/2023 :

Finalement j'ai décidé de ne pas garder le milieu de vie qui n'a pas vraiment été exploré lors des entretiens même si j'ai pu recueillir le métier de la plupart des participants et parfois même aller à leur domicile. Ce n'est pas un élément que j'ai trouvé pertinent.

En revanche il me semble intéressant de rajouter dans les caractéristiques le fait que la douleur a été ou non améliorée par l'hypnose puisque cela a été un critère pour recruter certains patients afin de faire varier l'expérience.

❖ **Élaboration du guide d'entretien (cf annexe 3)**

➤ Réflexion au 12/04/2023

Tout au long des entretiens je me suis grandement laissée portée par le discours des patients même si j'avais certains thèmes en tête. J'ai parfois dû aborder certains points précis mais de nombreux thèmes étaient abordés spontanément par les patients, ce qui m'a le plus surpris et ce sur quoi je pensais devoir relancer c'était l'autohypnose, je crois qu'ils m'en ont tous parlé spontanément.

Au final, je refais un point avant le dernier entretien :

La question ouverte dépendait plutôt de l'approche du début d'entretien, les patients étant curieux de connaître l'objet de la thèse et inquiets souvent de devoir parler seuls. Du coup cela c'est plus transformer en une phrase au feeling du type "pouvez-vous me parler de ce pour quoi vous avez fait de l'hypnose et comment vous l'avez vécu" ou juste "le but est de recueillir votre expérience et on va discuter autour de ça".

Il n'y avait pas de questions prédéfinies concernant les thèmes à aborder, j'ai posé les questions en fonction de la discussion avec le patient et de nombreux thèmes étaient abordés naturellement par le patient. Certains entretiens nécessitaient une plus grande intervention de ma part et j'ai parfois dû poser plus de questions fermées pour relancer la conversation ou approfondir certaines notions avancées par le patient.

Utilisation des exercices de la séance pour essayer de relancer le patient dans la réflexion, dans ses séances et son ressenti. Les entretiens se terminaient en demandant si les participants avaient d'autres choses à ajouter et en les remerciant. L'enregistrement était coupé lorsque j'arrivais dans ma voiture, ayant pu récupérer quelques phrases rajoutées à la fin des entretiens.

Modifications du guide réalisées après certains entretiens devant l'émergence de thèmes intéressants auxquels nous n'avions pas pensé ou pour une modification de la pertinence sur le terrain de certains sujets.

❖ **Déroulement des entretiens**

➤ 08/02/2023

Avec Yoann nous avons rediscuté du journal de bord pour la thèse et de son intérêt comme je l'expliquais dans la partie réunion avec le directeur de thèse à la date du 08/02/23.

J'ai pendant un certain temps remis de côté la part subjective inhérente à ce travail qualitatif : ma vision de la douleur chronique, celle de l'aide que peut apporter l'hypnose en laquelle je crois énormément, la place de la parole et de la bienveillance dans notre prise en charge, la relation qui se crée avec les patients que je rencontre lors des entretiens, les émotions qu'ils me transmettent.

J'ai débuté cette expérience avec un peu d'appréhension ; d'abord par le long travail que cela représente et qui est censé clôturer ces nombreuses années d'étude ; mais aussi avec la peur de ne pas réussir à trouver de professionnels ou de patients intéressés par cette étude.

Et puis finalement le premier entretien est arrivé et je remercie vraiment cette personne de m'avoir mise en confiance comme cela sans même s'en rendre compte. Et puis les entretiens se sont enchaînés, certains étaient plus ou moins difficiles à mener, certains patients ayant plus besoin que d'autres d'être dirigés. J'ai senti que j'étais plus en confiance, que les échanges étaient de plus en plus fluides et que mon écoute était peut-être aussi plus efficiente.

Au cours de ces huit premiers entretiens j'ai eu la chance de découvrir des personnes de tous horizons, qui ont parfois même accepté de m'accueillir chez elles, dans leurs sphères, de se livrer et de me partager leur histoire. Non seulement ces entretiens m'ont permis de recueillir des données pour mon analyse mais également d'avoir ces moments privilégiés d'écoute qui manquent parfois dans notre quotidien de professionnel. Et puis, j'ai parfois eu aussi cette sensation que cela faisait du bien aux patients, que leur permettre de parler d'eux pendant parfois plus d'une heure et de me partager leur expérience, leurs émotions, aussi bien positives que négatives, sans jugement pouvait aussi leur apporter quelque chose de positif. Je vois cela comme un échange entre l'écoute que je leur apporte et le travail de thèse qu'ils m'aident à construire.

J'envisage de faire encore 4/5 entretiens aux vues des données que j'ai recueillies pour le moment, j'essayerai de refaire un point plus régulier sur mon ressenti après ceux-ci.

➤ 12/04/2023

Avant mes vacances j'ai pu faire 4 entretiens ce qui m'a permis d'élargir les caractéristiques des patients interrogés : patients suivis en hypnose par un kiné, par une IDE libérale et patiente n'ayant pas trouvé de bénéfice à l'utilité de l'hypnose.

➤ 16/04/2023

Après avoir relu et mis en forme le début des entretiens j'ai l'impression d'avoir parfois été un peu trop directive dans mes relances mais sur le moment c'est ce qui me semblait bien à faire vu que certains patients avaient plus de mal à parler. A voir si cela continu au fur et à mesure des lectures ...

Je suis actuellement sur la rédaction de la partie méthode et je ne sais pas pourquoi cela me vient en tête. Je repense à l'entretien avec P7 vis-à-vis de ce qui peut nous surprendre dans les entretiens. Même si je suis consciente des dérives potentielles de la pratique de l'hypnose je ne m'étais pas rendu compte du danger qui peut-être ressenti par les patients même si la méthode est efficace. C'est aussi un des points relevés par P9. Le fait de parfois avoir des séances trop compliquées à gérer, de rentrer peut-être trop facilement en hypnose et parfois de se couper avec la réalité.

➤ 19/04/2023

J'ai fait mon dernier entretien hier. Un des plus courts je pense, je ne sais pas s'il apportera grand-chose mais cela m'a permis de diversifier l'échantillon.

❖ Idées pour et pendant la rédaction

➤ Introduction

09/03/2022 :

Prévalence douleurs chroniques en France et cout économique

Attention chiffres à réévaluer avant de rendre la thèse

Définitions : douleur chronique, douleur, hypnose

Epidémio

Neurophysio de la douleur et conséquences de l'hypnose

24/07/23 : j'ai enfin mis un point final à cette introduction après 3 bons mois passés sur sa rédaction. La neurophysio m'aura donné pas mal de fil à retordre. Mais bon je suis plutôt contente après relecture de ce que j'ai fait. J'ai peut-être un peu peur qu'elle soit trop complète mais bon m'attaquant à un sujet controversé et pas toujours très bien connu il me paraissait nécessaire de donner pas mal d'explications.

Je vais devoir être plus efficace sur la suite de la rédaction.

➤ Méthodes

12/04/2023 :

Ayant un gros syndrome de la page blanche, j'en ai discuté en février avec des copines ayant déjà passé leurs thèses et elles m'ont dit que c'était peut-être la partie qui était la plus facile pour commencer à rédiger. Alors il y a deux jours après mes vacances, j'ai repris mon bouquin de guide pour la recherche qualitative en santé et j'ai commencé à faire des sous-parties et à mettre des idées à l'intérieur. Je me dis qu'il faudrait aussi que je fasse un peu de biblio pour cette partie aussi. Alors bon, pour aujourd'hui je vais sûrement pas faire de grande rédaction dans cette partie mais au moins je vais refaire le point sur ce qui doit être dans cette partie matériels et méthodes.

➤ Résultats

16/04/2023 :

Je n'ai pas encore commencé l'écriture de la thèse mais une chose m'inquiète après avoir débuté l'analyse des entretiens. J'ai de nombreux sujets qui reviennent dans les entretiens mais la question que je me pose c'est : ces sujets sont-ils vraiment en lien avec ma question de thèse ? J'ai essayé de regarder dans d'autres thèses et il me semble que oui mais il faudra que j'en rediscute avec Yoann. Parce que beaucoup de patients me parlent de comment ils sont arrivés à faire de l'hypnose et du vécu de leurs douleurs chroniques elles-mêmes. Mais également de la relation qu'ils ont avec les soignants à propos de leurs douleurs.

19/08/2023 :

J'ai fini de revoir la rédaction de mes résultats hier (à voir ce qu'en dit Yoann). Moi qui pensais qu'une fois l'analyse faite j'en aurai pour 2 jours ça m'en a pris 10 de plus ...

Je me suis servi des schémas pour construire mon plan. Finalement quand je vois ma première analyse je me dis que je n'ai pas perdu de temps à la faire une deuxième fois, j'en suis beaucoup plus satisfaite. Et finalement écrire les résultats derrière j'ai l'impression de l'avoir

encore étayée. C'est quelque chose que je trouve intéressant avec la triangulation qu'on a faite c'est aussi de voir les mots que Yoann emploie, j'en ai utilisé certains qui je trouve sont super pertinents.

03/09/2023 :

J'ai reçu les schémas que Yoann m'avait proposé de faire. Franchement c'est génial ! C'est vraiment clair. Même si les informations sont les mêmes que dans le texte je trouve que les cartes apportent une dimension plus visuelle qui permet de faire le lien plus facilement entre les idées.

➤ Discussion

Quelques idées en vrac :

- Discuter l'utilisation d'entretiens semi dirigés ou ouverts.
- L'hypnose est un apprentissage pour vivre avec la douleur : l'hypnose permet de moduler la part subjective de la douleur.
- Stratégies cognitives désadaptées, va vers le catastrophisme.
- Perception de la sévérité de la maladie et des contraintes associées et perception de soi.
- Former les professionnels de santé : la douleur existe !!!!! Ne pas invisibiliser/banaliser ne sert qu'à augmenter la souffrance. Et formation en communication (thèse Mylène)
- MG formés en hypnose thèse.
- Arriver à une prise en charge personnalisée des douleurs chroniques. Thérapie complémentaire, ça veut dire ce que ça veut dire.

J'ai adoré écrire cette partie, elle me rappelle un peu mes cours de philo sur certains points. J'ai même fini par aller regarder les formations en anthropologie médicale. Peut-être cela reflète mon besoin de me projeter après la thèse ? Peut-être. Mais c'est super satisfaisant d'élargir les grands principes énoncés par le patient. Finalement ce qui est compliqué c'est de savoir où s'arrêter tellement il y a d'idées intéressantes alors je me suis concentrée sur les 6 principaux axes que j'ai retiré des discussions avec les patients et qui recourent aussi un peu les thèmes superordonnés.

➤ Limites

Pas d'explication si personnes ont refusées de participer à l'étude car demandé par une tierce personne. Limite ?

Entretien de moins bonne qualité avec tierce personne. Limite ?

Certains entretiens étaient plus dirigés que d'autres avec parfois des questions plus fermées laissant moins la place au patient d'exprimer sa subjectivité.

➤ Annexes

Quand on a discuté des entretiens en février avec Yoann il m'a dit qu'il fallait mettre les entretiens dedans. Et c'est effectivement ce qui est noté dans le livre initiation à la recherche qualitative en santé, enfin plutôt qu'ils doivent être disponibles pour le jury. Cependant je trouve des informations contradictoires notamment dans un papier du CNGE. Alors bon je vais creuser ça.

➤ Titre

24/07/2023 : je me décide finalement à écouter le titre.
Hypnose et douleurs chroniques : quel vécu pour les patients ?

09/08/2023 :

Après en avoir rediscuté avec Yoann, il trouve que le titre ne fait pas assez scientifique
On décide donc de mettre : Hypnose et prise en charge des douleurs chroniques, quel vécu pour les patients ?

❖ **Journal de bord**

➤ 12/04/2023

Aujourd'hui je me suis dit aussi que ce serait bien que je refasse un peu de journal de bord. C'est vraiment pas un exercice facile pour moi ce journal parce que j'ai tendance à tout internaliser dans mon cerveau mais je m'y attelle comme je peux. Déjà en février quand on en avait parlé avec Yoann je me suis rendu compte que j'avais du mal à noter tous mes ressentis dedans. J'avais l'impression que ça ne servait pas à grand-chose, que c'était pas intéressant pour l'étude alors que c'est censé être un critère de qualité.

➤ 07/09/2023

Ça y est, c'est le dernier jour de rédaction et presque de relecture avant d'envoyer la thèse à imprimer demain. Enfin quand je parle de rédaction c'est surtout les remerciements et finir les annexes. C'est étrange ce sentiment de terminer, après plus d'un an et demi sur cette thèse, j'avais presque l'impression que je ne la terminerai jamais. Mais finalement je suis plutôt satisfaite de moi. Il y a eu des moments compliqués, des blocages par rapport à l'écriture et le fait de finir sur la discussion je sais pas, j'ai trouvé ça hyper valorisant d'apporter un peu plus ma pâte dans un travail, un peu plus d'écriture libre même si elle se base sur des résultats et de la recherche bibliographique.

Je sais que j'ai manqué d'assiduité sur la rédaction de ce journal de bord, je crois qu'y mettre mes difficultés n'était pas toujours simple même si je les ai évoquées. Cela me les rendait peut-être trop réelles ... Mais c'était un super exercice pour réfléchir, se repositionner, changer moi aussi de perspective.

Je m'en vais rédiger mes remerciements. Mais je crois que je pourrais ici remercier cette expérience humaine que j'ai vécue grâce à cette thèse. Écouter des gens parler pendant aussi longtemps, c'est professionnellement et humainement très riche. Partager des moments, des émotions, entendre cette souffrance mais aussi de jolies histoires de renaissances. C'est aussi finalement ce que j'aime avec la médecine générale, l'histoire de chacun.

Et après ? Sûrement une formation en hypnose, a priori la prochaine session à Rouen ce sera pour 2025. Et je sais pas, peut-être regarder un peu ce qui se fait en terme d'aides communicationnelles dans les autres thérapies brèves comme la PNL. Et pourquoi pas ce fameux DU d'anthropologie aussi ? Le temps dira.

Bientôt le point final.

Abstract

Hypnosis in chronic pain care: how do patients feel?

Introduction: One adult out of three suffers from chronic pain in France. In their quest for relief, patients face the limitations of conventional medicine which bring them to try new approaches such as hypnosis. New neurophysiological studies have helped to bring back this technique in healthcare in France. Quantitative studies have their limitations as both chronic pain and hypnosis are imbued with subjectivity. The purpose of this study is to gather real-life experience of patients who benefited from hypnosis care to help them with chronic pain.

Material and method: We conducted a qualitative study inspired by interpretative phenomenological analysis and based upon individual open (or semi-open) interviews. A homogeneous purposive sampling led to patient selection via their hypnotherapist.

Results: Thirteen interviews were conducted between November 2022 and April 2023. Initial background of the patients was shaped by personal struggles and the failure of conventional medicine. The quality of the therapeutical relationship was a key element, it was also a powerful way to demystify hypnosis. The hypnotherapist guided the patient towards a change of perception granting access to well-being. Hypnosis was perceived as a powerful therapy that could nevertheless cause sometimes adverse reactions. It permitted patients to implement empowerment capabilities replacing them at the center of their medical care.

Conclusion: Hypnosis can certainly be a therapeutical resource for some patients. It can be influenced by personal and societal factors. Ericksonian hypnosis can be integrated into a global care alongside conventional medicine. This is aligned with an international will to tend towards a personalized and integrative healthcare combining conventional and complementary approaches.

MeSH Terms: qualitative research, hypnosis, chronic pain, patients.

Other keywords: Interpretative phenomenological analysis, real-life experience, medical hypnosis.

Résumé

Hypnose dans la prise en charge des douleurs chroniques : quel vécu pour les patients ?

Introduction : Un adulte sur trois présente des douleurs chroniques en France. Dans leur quête du soulagement, les patients se heurtent parfois aux limites de la médecine conventionnelle ce qui les amène à essayer de nouvelles approches comme l'hypnose. Cette technique réintègre le soin en France depuis l'émergence d'études neurophysiologiques. Les études quantitatives menées ont des limites, la douleur chronique et l'hypnose vivant de leur subjectivité. L'objectif de cette étude était de recueillir le vécu de l'accompagnement en hypnose chez des patients souffrant de douleurs chroniques.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique et basée sur des entretiens individuels ouverts ou semi-dirigés. Un échantillonnage raisonné homogène a permis le recrutement des patients par le biais de leur hypnothérapeute.

Résultats : Treize entretiens ont été conduits entre novembre 2022 et avril 2023. Le parcours initial des patients interrogés a été marqué par des difficultés personnelles et un échec de la médecine conventionnelle. La qualité de la relation thérapeutique était un élément clé et permettait de démystifier l'hypnose. L'hypnothérapeute guidait les patients vers un changement de perception permettant d'accéder au bien-être. L'hypnose était vue comme une thérapie puissante mais pouvait avoir des effets indésirables. Elle a permis aux patients de développer des capacités d'autonomisation les plaçant comme acteurs de leur prise en charge.

Conclusion : L'hypnose représente une ressource thérapeutique pour certains patients. Elle peut être influencée par des facteurs personnels et sociétaux. L'hypnose ericksonienne peut s'intégrer dans une prise en charge globale en complément de la médecine conventionnelle. Cela rejoint la volonté internationale d'aboutir à une médecine personnalisée et intégrative alliant approches conventionnelles et complémentaires.

Mots-clés : étude qualitative, analyse interprétative phénoménologique, hypnose, douleurs chroniques, patients, vécu, hypnose thérapeutique.