

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

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

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

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

<http://www.hypnose.fr>

HYPNOSE MEDICALE ET DOULEUR
CHRONIQUE EN MEDECINE GENERALE
ETUDE D'UN CAS CLINIQUE

Dr François CHARRIER

Diplôme Universitaire « Hypnose Médicale et Clinique »

MEMOIRE - OCTOBRE 2014

Directeur de Memoire : Dr Laurent CRUANES

REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements à l'équipe pédagogique de ce DU d'hypnose médicale, qui a permis que cela se réalise sur l'île de la Réunion.

Merci particulièrement à M. Antoine BIOY, à Mme Isabelle CÉLESTIN-LHOPITEAU et au Dr Arnaud GOUCHET pour leur enseignement passionnant, leur investissement.

Merci au Dr Laurent CRUANES pour ses conseils avertis et son aide à la réalisation de ce mémoire.

Merci à tous ceux qui m'ont soutenu et encouragé dans mes premiers pas d'hypnothérapeute
A CAROLINE et JULES, mes soleils.

Table des Matières

Introduction

I. Revue théorique des travaux et problématique

1. La douleur
2. La douleur chronique
 - 2.1 Définition
 - 2.2 Epidémiologie
 - 2.3 Neurophysiologie
 - 2.4 Retentissements de la douleur chronique
 - 2.5 La douleur chronique en médecine générale
3. L'hypnose
 - 3.1 Définition
 - 3.2 Physiologie de l'hypnose
 - 3.3 En pratique
 - 3.3.1 La séance d'hypnose
 - 3.3.2 L'hypnose conversationnelle
 - 3.3.3 L'auto hypnose
4. Hypnoalgésie et douleur chronique
 - 4.1 Définition
 - 4.2 Etudes cliniques
5. Problématique

II. Méthodologie de la recherche

1. Présentation du cas clinique
2. Première séance d'hypnose
 - 2.1 l'entretien préalable
 - 2.2 l'installation
 - 2.3 l'induction
 - 2.4 la transe
 - 2.5 le retour
 - 2.6 la discussion
3. Deuxième séance d'hypnose
 - 3.1 l'entretien
 - 3.2 l'installation
 - 3.3 l'induction
 - 3.4 la transe
 - 3.5 le retour
 - 3.6 la discussion

4. Troisième séance d'hypnose

- 4.1 l'entretien
- 4.2 l'induction
- 4.3 la transe
- 4.4 le retour
- 4.5 la discussion

5. Quatrième séance d'hypnose

- 5.1 préparation
- 5.2 l'entretien
- 5.3 la séance
- 5.4 la discussion

6. consultation post hypnotique

III Résultats et discussion Théorico-clinique

- 1. Rappel de la problématique
- 2. Confrontation des observations à la problématique
- 3. Discussion éthique
- 4. Apport de cette étude

IV. Conclusion

Introduction

Médecin généraliste exerçant depuis 2002 d'abord en tant que remplaçant puis installé en cabinet de ville en 2007, j'ai tout au long de mon cursus privilégié une approche humaine des patients. L'écoute, l'empathie me semblaient naturelles et cet aspect de la médecine était au cœur de mes aspirations, de ce qui m'avait incité à choisir cette profession au détriment parfois d'aspects techniques qui me correspondaient un peu moins.

Jeune étudiant, mes premières gardes aux urgences me laissent des souvenirs intenses de premiers contacts en tant que soignant à la douleur, à la souffrance au sens large. J'étais impressionné par la tâche qui m'attendait, tout ce chemin à parcourir pour devenir médecin, mais renforcé par l'assurance d'être à ma place, faire ce que j'avais toujours voulu, soigner les autres. Je suis resté marqué par certaines expériences, comme ce stage en pneumologie à l'Hôpital de Purpan, dirigé par le Pr KREMPF, dans lequel j'exerçais modestement mes premières responsabilités en tant qu'interne auprès de patients atteints de cancers pulmonaires, pris en charge pour chimiothérapie ou soins palliatifs et fin de vie. Ce stage fut émotionnellement difficile, il fallut apprendre à se protéger pour mieux soigner, à écouter différemment ces personnes condamnées.

Puis vint la médecine générale et l'exercice de ville, là encore ce fut un autre apprentissage, toujours en cours d'ailleurs, du métier de médecin de famille. Exercice très diversifié, qui s'étend du suivi du nouveau né à la prise en charge de la fin de vie, de l'urgence de ville à la douleur chronique, et puis les conseils sur tout et n'importe quoi, parce que les patients vous font confiance, ils vous choisissent, alors vous sentez cette responsabilité, la charge et la chance aussi que cela représente.

Dans ce tableau il y a les cas difficiles, ceux qui vous font douter, qui vous font demander si vous êtes un bon médecin, si un autre n'aurait pas mieux fait à votre place, si vous êtes digne de cette confiance que l'on place en vous. Et puis avec les années et l'exercice quotidien, vous êtes placé devant les limites de la médecine traditionnelle, de l'allopathie comme on vous l'a enseigné.

Parfois démunis devant la souffrance psychologique car en tant que généraliste vous n'avez que peu d'outils en dehors des médicaments et votre empathie, votre écoute. Vous orientez bien sur vers des spécialistes mais c'est vous qui êtes au centre de la chaîne de soins et surtout en première ligne avec le patient, c'est donc à vous de trouver la solution lorsque il est dans l'impasse.

Les difficultés récurrentes concernaient trois aspects principaux : la détresse psychologique au sens large, les douloureux chroniques et les dépendances. Dans ce contexte je me suis mis à chercher dans différentes directions ce qui pourrait aider mes patients et constituer un outil efficace pour ceux qui sont souffrants chroniques que ce soit sur le plan corporel ou psychologique, comment faire bouger les choses, les remotiver. J'ai évidemment commencé par renforcer mes connaissances dans ces trois domaines, mais je cherchais quelque chose de différent de complémentaire aux recommandations médicales classiques.

Ainsi j'ai commencé à m'intéresser à l'hypnose en achetant un premier livre : « l'hypnose » de Léon CHERTOK, et là je découvrais ce que je cherchais depuis longtemps: une approche nouvelle, humaine du patient, un outil thérapeutique qui fait appel aux ressources individuelles, qui part du principe que l'on a en soi les aptitudes au changement, le thérapeute est un déclencheur qui impulse le mouvement. Cette théorie m'a tout de suite séduit et je décidais de m'inscrire au Diplôme Universitaire D'Hypnose médicale à La Réunion dirigé par Antoine BIOY.

Les enseignements furent riches, et pleins de promesses, restait alors à mettre tout cela en pratique.

Les premiers essais portèrent sur les enfants et les vaccins. Je mis en pratique les premiers éléments de communication hypnotique que l'on m'avait enseigné et les résultats furent encourageants : moins de pleurs, un vécu vraiment positif pour les enfants, les parents.

Puis naturellement cette nouvelle approche prit de plus en plus de place dans mon rapport au patient car l'hypnose conversationnelle marchait tout simplement, elle m'aidait à établir un rapport plus constructif avec les patients, à écouter différemment aussi, à porter attention aux éléments de communication verbaux et non verbaux employés pour mieux être en phase avec eux et donc avoir une meilleure réponse aux suggestions que je leur soumettais.

Puis il fallut bien que j'en arrive à faire l'hypnose formelle parce que le besoin était là, il fallait que je franchisse l'étape suivante pour les patients, je savais maintenant que cette approche pouvait constituer une réponse pour nombre de cas complexes.

Mais comment commencer, comment se lancer.

La première patiente qui me vint à l'esprit fut Mme Ingrid A. qui souffre de lombosciatalgies chroniques. C'est une patiente que je suis depuis plusieurs années, qui présente une douleur intense et pour qui le retentissement socio professionnel fut important.

Elle consulte fréquemment du fait de sa pathologie et il me semblait que l'hypnose pourrait lui apporter une aide sur les différents éléments de sa problématique.

Je vais donc vous présenter dans ce mémoire une brève revue de la littérature sur la douleur chronique, une présentation de l'hypnose et de l'hypnoalgésie et, à partir de l'étude de ce cas clinique, mes premières séances d'hypnose, les questions posées, les réponses trouvées, les échecs et les réussites de cette démarche.

I. Revue théorique des travaux et problématique

1. La douleur

La définition de la douleur la plus souvent retenue est celle de l'International Association for the Study of Pain, qui la décrit comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en terme évoquant une telle lésion ». L'OMS la définit également comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes ».

Ainsi elle comprend une composante émotionnelle qui intervient dans sa genèse et introduit donc la notion de subjectivité.

La douleur dans son intensité, son ressenti, est dépendante de facteurs psychologiques, sociaux, culturels, un même stimulus entraînera donc une réponse algique variable selon le patient.

Sur le plan physiologique, on retrouve quatre composantes:

- .sensori-discriminative (caractéristiques physiques de la douleur, siège, intensité, qualité)
- .affective-émotionnelle (tonalité désagréable, pénible)
- .cognitive (processus mentaux entrants dans la perception de la douleur)
- .comportementale (expression verbale et non verbale de la douleur).

Il existe différents mécanismes physiopathologiques pouvant être impliqués dans le phénomène douloureux :

. l'excès de nociception: la douleur est la conséquence d'un stimulus externe ou interne au corps qui est conduit par les voies nerveuses. Elle est le plus souvent simple dans sa sémiologie, la localisation est précise, elle répond le plus souvent aux antalgiques

. la douleur neuropathique: liée à une atteinte des voies de la nociception elles mêmes.

Le stimulus émane de lésions nerveuses, celles-ci peuvent être périphériques ou centrales.

La sémiologie est la plus riche, elle répond moins bien aux antalgiques classiques

. La douleur psychogène : générée par une souffrance psychologique, sans étiologie organique retrouvée

. La douleur idiopathique: sans cause retrouvée

La douleur est une réponse physiologique à une agression et permet au corps d'être alerté et ainsi réagir à ce stimulus afin de préserver son intégrité. On distingue la douleur aiguë, qui

entre dans cette définition, et la douleur chronique, plus complexe et dont la fonction paraît moins évidente.

2. La Douleur chronique

2.1 Définition

Est dite chronique, une douleur persistante ou récurrente s'étendant sur plus de 3 mois (1). L' HAS en décembre 2008 précise deux autres caractéristiques: une réponse insuffisante au traitement et une détérioration significative des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient. Ainsi la douleur chronique se définit par sa durée mais également son retentissement. La douleur aiguë souvent unifactorielle, présentant une fonction de protection du corps, d'alarme, s'oppose à la douleur chronique, multifactorielle, sans utilité propre.

2.2 Epidémiologie

La douleur chronique est une entité difficile à évaluer du fait de la variabilité des définitions et d'une probable minoration du taux de déclaration de la part des patients.

La prévalence de la douleur chronique varie de 10,1 % à 55,2 % selon les études françaises et internationales. La prévalence de la douleur chronique sévère est estimée par l' HAS à 11 % chez l'adulte (1).

Elle touche plus les femmes que les hommes. Les 3 types les plus fréquents, hors douleur cancéreuse sont les rachialgies, les céphalées, les arthralgies (1).

Selon un rapport de la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) de 2007, les limitations d'activités professionnelles ou domestiques du fait de la douleur sont importantes chez 6 % des personnes de 25-64 ans, 15 % des 65-84 ans et 33 % des personnes de 85 ans et plus (2).

Il s'agit donc d'une problématique fréquente, aux répercussions importantes sur le plan individuel mais également collectif, constituant un vrai problème de santé publique.

2.3 Neurophysiologie

On sait maintenant, grâce notamment à l'utilisation de l'imagerie cérébrale fonctionnelle, que la douleur chronique entraîne des modifications importantes et complexes de la morphologie cérébrale.

Plusieurs études récentes, menées notamment par Seminowicz et Apkarian mettent en évidence chez les patients douloureux chronique, par l'IRM fonctionnelle, une baisse de densité de matière grise, principalement au niveau du cortex préfrontal et cingulaire. Cette diminution est proportionnelle à la durée de l'exposition à la douleur (3,4,5,6).

Il a également été mis en évidence une réversibilité de cette atteinte lorsque les douleurs diminuent (7).

Une autre voie d'exploration actuellement est l'épigénétique, qui étudie les mécanismes influençant l'expression des gènes.

Tajarian M et Alvarado S ont mis en évidence chez la souris exposée à une douleur chronique, des modifications chimiques de l'ADN dans le cortex préfrontal avec une baisse de 12 % de l'activité de l'ADN.

Ce manque d'activité conduirait à une perte de densité dans cette région du cerveau. Ils ont également constaté une réversibilité des lésions lorsque l'environnement ou les stimuli douloureux sont modifiés (8).

La notion de plasticité cérébrale connue depuis peu, fait évoluer notre compréhension de la douleur chronique et de ses conséquences. L'imagerie permet d'objectiver les modifications corticales survenant dans ce contexte et confirme la réversibilité de celle-ci. Ces notions permettent de mieux appréhender le retentissement cognitivo comportemental observé chez les patients douloureux, et ouvre des perspectives quand à une prise en charge plus globale.

Enfin il est démontré aujourd'hui que la perception même de la douleur est dépendante de facteurs psychologiques, cognitifs, il existe une interaction entre la réalité objective de la douleur et son ressenti, son vécu (9).

2.4 Retentissement de la douleur chronique

La douleur chronique a un retentissement fonctionnel, cognitif et psychologique. Les études retrouvent une diminution de la qualité de vie, des capacités fonctionnelles (10, 11, 12) et un

taux de dépression supérieur à la population générale. L'étude européenne sur la douleur chronique menée par Breivik en 2006 retrouve un taux de dépression de 21% chez les douloureux chroniques (13).

L'étude de M.F Le Goaziou et ses collaborateurs, portant sur 148 patients douloureux chroniques, dont la symptomatologie évoluait depuis plus de 5 ans pour 54 % d'entre eux retrouvait une dépression chez 35,5 % des patients et 47 % étaient anxieux.

La grande majorité des douleurs était d'origine ostéo-articulaire (14).

Ce retentissement est variable d'un individu à l'autre et l'on essaye aujourd'hui de mettre en évidence les facteurs influençant l'impact de la douleur.

Pour Yves Halfon « Le phénomène « douleur » comme d'autres sensations est toujours infiltré par les processus de la pensée, comme l'attention (si une personne concentre son attention sur une expérience potentiellement douloureuse, elle sera portée à percevoir la douleur plus intensément, et inversement) ; l'imagination (le langage figuratif) ; la suggestion (l'influence du discours de l'entourage et des soignants sur la douleur du patient); l'autosuggestion (le langage intérieur du patient) ; la mémoire (le passé douloureux du sujet) ; et des manifestations d'anxiété ou d'autres affects qui en découlent. Cet aboutissement cérébral de la sensation douloureuse explique également le caractère multiple que revêt la souffrance ressentie différemment par chaque individu qui la verbalise de façon strictement personnelle. » (15).

2.5 La douleur chronique en médecine générale

La douleur représente un motif de consultation très fréquent en médecine générale.

En 2002, dans l'étude de P. Tajfel portant sur 3291 patients suivis par 178 médecins généralistes sur une journée en médecine générale, 43% ont présenté une douleur, et 21% une douleur chronique, depuis plus de 3 mois. Le recours à un spécialiste est de 7% et l'orientation vers un centre anti douleur est de 0.3% (16).

En 2005, M. F Le Goaziou et ses collaborateurs montrent également l'importance de la douleur chronique en médecine générale et retrouve un tiers des patients peu ou pas soulagés par leur traitement. Ces éléments expliquent la difficulté de la prise en charge du patient douloureux chronique par le médecin généraliste du fait de l'intrication d'éléments physiologiques psychologiques sociaux et environnementaux. L'HAS dans sa synthèse des

recommandations professionnelles consacrée à la douleur chronique, publiée en décembre 2008, précise ainsi les signes qui doivent être recherchés devant une douleur chronique ou suspectée comme telle: « Le bilan initial de ces patients comporte une recherche de son retentissement social, scolaire ou professionnel, et économique; la recherche de troubles anxieux, dépressifs ou de manifestations psychopathologiques induits ou associés, mais aussi des interprétations et croyances du patient éloignées de celles du médecin. » (1)

Les études de N Elder en 2006 et MH Kristiansson en 2011 mettent en évidence les difficultés que rencontrent les médecins généralistes dans ce contexte avec la frustration ressentie par les soignants, parfois l'apparition de conflits et le sentiment que cette pathologie est l'une des plus complexes à prendre en charge en médecine générale.

3. l'Hypnose

3.1 Définition

Il faut tout d'abord distinguer l'état hypnotique de l'hypnose ou hypnose médicale.

Le premier est un état modifié de conscience faisant partie du fonctionnement normal d'un individu au même titre que le rêve ou le sommeil, se produisant spontanément plusieurs fois par jour.

Définit dans l'Encyclopaedia Britannica (1999) comme « Un état psychologique spécial avec certains attributs physiologiques, ressemblant superficiellement au sommeil et indiqué par un fonctionnement de l'individu à un niveau de conscience autre que l'état conscient ordinaire. Cet état se caractérise par un degré de réceptivité et de réponse accrus dans lequel il est donné autant de signification aux perceptions empiriques intérieures qu'il en est généralement donné à la seule réalité externe. ».

Pour Michel Kerouac il s'agit « d'un état et/ou un processus de conscience modifiée, produit par une induction directe, indirecte ou contextuelle, ressemblant parfois au sommeil, mais physiologiquement distinct, caractérisé par une élévation de la suggestibilité et qui produit à son tour certains phénomènes sensoriels et perceptuels. Cet état, que certains auteurs appellent "la transe", est un état naturel que l'on peut vivre tous les jours : lorsqu'on rêve éveillé, lorsqu'on regarde un feu attentivement, lorsqu'on perd temporairement la notion du temps au volant d'une voiture ou, tout simplement, lorsqu'on est 'dans la lune '» (17).

Cet état est caractérisé entre autre par une baisse du niveau d'attention par rapport à la réalité extérieure, la diminution des activités de contrôle, le patient laisse de côté la raison pour un monde de perceptions, de sensorialité, il est ici et ailleurs, la temporalité est également différente, le « temps hypnotique » est une distorsion, une réinterprétation du temps .

L'hypnose médicale fait quand à elle intervenir un praticien qui dans sa relation au patient va induire et utiliser cet état hypnotique à des fins thérapeutiques.

Pratique difficile à définir.

Pour Bernheim en 1886, « La seule chose certaine, c'est qu'il existe chez les sujets hypnotisés ou impressionnables à la suggestion une aptitude particulière à transformer l'idée reçue en acte ».

Pour Milton Erickson (1980) il s'agit « d'un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages. »

L'Hypnose peut encore se définir comme « un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi » (18).

3.2 Physiologie de l'hypnose

L'hypnose est aujourd'hui objectivée grâce notamment à des études utilisant l'EEG et surtout la tomographie par émissions de positon et l'imagerie fonctionnelle par résonance magnétique qui ont permis de caractériser de manière formelle le phénomène hypnotique, les modifications de l'activité cérébrale qui lui sont propres, différent du sommeil ou bien du rêve dans les structures cérébrales mises en jeu.

Rainville a mesuré lors d'études publiées en 1999 et 2002 les variations de flux sanguin cérébral, mesuré par PET Scan, durant l'hypnose. Il constate une majoration de ces flux au niveau des aires corticales occipitales, préfrontales et la région cingulaire antérieure (19,20).

« Avec les développements de l'imagerie cérébrale, la question ne se pose plus : l'état hypnotique est maintenant avéré. Certes, l'hypnose et son usage ne se limitent pas à la création d'un état, mais au moins sait on maintenant que les phénomènes observés possèdent une réalité incontestable, au moins sur le fonctionnement cérébral » D. Michaux

La suggestibilité et l'hypnotisabilité sont variables d'un individu à l'autre, différents outils de mesure ont été mis au point pour quantifier ces phénomènes, l'échelle la plus utilisée

aujourd'hui est celle de A.Weitzenhoffer et E.Hilgardde l'Université de Stanford en Californie datant de la fin des années 50 (21). Les études montrent que 80% des individus sont hypnotisables par suggestion induite par ces échelles (18).

3.3 En pratique

3.3.1 La séance d'hypnose

Le praticien va donc conduire le patient à l'état hypnotique, la transe afin de lui permettre d'accéder par des suggestions ou bien des métaphores à une réalité autre susceptible d'engendrer des changements, du mouvement, de créer nouvelles perspectives dans ce monde des possibles.

La séance d'hypnose se déroule selon des séquences définies :

- . induction
- . dissociation
- . perceptude
- . retour

En hypnose l'état de la vie quotidienne est qualifié de veille ordinaire (François Roustang). Mode de fonctionnement quotidien, avec rationalité, intellectualisation, sensorialité propre à chaque individu lui permettant d'évoluer dans son environnement habituel.

Le patient consulte avec sa problématique, sa symptomatologie, centré sur ces éléments.

Le champ de sa raison, de sa sensorialité sont réduits à cette réalité négative, limitante, on peut parfois parler d'hypnose négative tant l'état peut présenter les caractéristiques en miroir d'un état hypnotique.

. L'induction

Elle consiste à proposer au patient de fixer son attention, de façon prolongée, afin de restreindre le champ de conscience, son champ perceptif.

Différents moyens peuvent être utilisés, sollicitant différents canaux de la sensorialité que sont: la vue, l'audition, le toucher l'odorat et le goût.

L'induction visuelle peut se faire par fixation d'un point.

Le canal cénesthésique sera sollicité en fixant l'attention sur une sensation corporelle ou la respiration.

Il peut être par exemple proposé au patient d'explorer l'environnement puis de se recentrer peu à peu sur la sensorialité corporelle, la respiration.

L'induction peut également être réalisée par lévitation ou catalepsie du bras.

Le thérapeute doit s'efforcer de repérer les canaux privilégiés par le patient, afin de « s'ajuster » à celui-ci et ainsi favoriser l'induction « Dans la pratique de l'hypnose, une attention particulière va être portée sur le ou les sens que le patient favorise pour appréhender le monde, afin de repérer son canal sensoriel préférentiel à partir de l'échelle VAKOG. Chacun de nous appréhende le monde avec un ou plusieurs canaux sensoriels préférentiels, une appréhension du monde plutôt Visuelle, Auditive, Kinesthésique-cénesthésique, Olfactive ou Gustative (VAKOG) (18).

Il s'agit de porter attention aux éléments de communication utilisés par le patient, les expressions, les métaphores employées mais aussi ce que l'on nomme le non verbal: le comportement, la gestuelle, les postures.

En ajustant sa communication verbale et non verbale à ceux du patient, le thérapeute favorise son adhésion, sa réceptivité aux suggestions, on facilite l'induction.

Cette étape permet d'amener à la dissociation.

. Dissociation

Aussi nommée confusion, phase au cours de laquelle le patient est ici et ailleurs, il entre dans un mode de perception différent. Le patient s'est séparé de sa sensorialité liée aux fonctions réflexives, intellectuelles et sensorielles. Il est coupé de ses perceptions auditives, visuelles, tactiles. Son corps est engourdi et immobile. Il est en pause (22).

. Perceptude

La transe hypnotique ou perceptude définie par J.F ROUSTANG, durant laquelle le patient se situe dans une sensorialité différente, un champ de conscience élargi avec une temporalité propre, ouvrant le champ des possibles. C'est au cours de cette phase que le praticien peut créer la mise en mouvements, le changement, par l'emploi de métaphores ou suggestions.

« C'est une ouverture, la personne s'installe dans une sensorialité première qui fonctionne en dehors de la raison. L'humain pour y accéder doit utiliser ressources, inventivité et imagination. Il faut en faire l'expérience pour comprendre quelque chose à l'hypnose. Se mettre dans un état hypnotique, seul ou guidé par un thérapeute, a comme unique objectif de mettre en relation l'être humain avec la totalité de son corps, de son espace et de son savoir qui sont les éléments constitutifs de son monde. Et entrer en relation avec son corps, est la condition nécessaire pour guérir. Paradoxalement, pour retrouver le corps, il fallait commencer par le quitter à la phase de la dissociation. » (22).

. Le retour

Enfin vient le retour à l'état ordinaire. Il peut être précédé de suggestions de relaxation, bien être. Il se fera progressivement, en ramenant le patient à sa sensorialité corporelle puis ouverture vers l'espace et le temps occupé par le patient, « ici et maintenant ».

La thérapie hypnotique va donc passer lors d'une séance classique ou bien à l'aide de l'hypnose conversationnelle, par l'emploi de suggestions ou bien de métaphores afin de créer le changement. La métaphore est un procédé souvent utilisé, qui renvoie de manière indirecte à la problématique du patient et lui suggère la possibilité d'une issue, une appréhension différente de sa réalité qui peut favoriser l'éclosion d'une alternative.

Celle-ci doit comporter plusieurs qualités afin d'être thérapeutique :

- . elle doit s'appuyer sur le monde interne du patient, en reprenant les éléments qui lui appartiennent
- . renvoyer très directement à sa problématique qu'elle doit éclairer, sans que le lien entre la situation du patient et ce qu'on lui propose soient consciemment perçus
- . elle doit permettre une appropriation par le patient de la solution suggérée (18)

Elle peut être employée dans le cadre d'une séance d'hypnose classique ou bien lors d'un entretien faisant alors appel à l'hypnose conversationnelle.

3.3.2 L'hypnose conversationnelle

L'hypnose conversationnelle qui permet en utilisant les outils de communication de l'hypnose sans induction proprement dite et donc sans transe au sens théorique, d'apporter une vision nouvelle au patient, un pas de côté lui permettant d'envisager le changement.

3.3.3 Autohypnose

Il s'agit pour le patient d'entrer seul en transe. Ce principe est souvent utilisé dans les douleurs chroniques, et les problématiques récurrentes en général. L'apprentissage se fait par un hypnothérapeute et va permettre au patient de retrouver les bénéfices de la thérapie hypnotique lorsqu'il le souhaite. Il pourra ainsi être décidé de réaliser cet exercice de façon quotidienne, ou bien lorsqu'une problématique surgit, par exemple les accès algiques chez un douloureux chronique, ou encore les crises d'angoisses chez l'anxiodépressif.

4. Hypnoalgésie et douleur chronique

4.1 Définition

L'hypnoalgésie est l'utilisation de l'hypnose formelle ou de l'hypnose conversationnelle dans la prise en charge de la douleur aiguë ou chronique.

L'hypnose va s'adresser aux différentes composantes de la douleur, la composante sensorielle, physiologique et la composante psychologique, émotionnelle.

Dans le cadre d'une douleur chronique, le patient est centré, fixé sur la symptomatologie qui empêche une vision plus large et l'exploration de ses ressources propres.

Comme l'écrit J M Benhaim « À force de fixer un problème ou un organe blessé, la douleur et la souffrance s'installent, occupant tout le champ de perception de la personne.(...) Les patients douloureux chroniques sont dans un contrôle permanent qui leur ferme l'accès à leur sensorialité première. Ce contrôle est un système de défense qui résulte du besoin de se protéger de la souffrance et des souffrances éventuelles à venir. Ce contrôle est aussi une rigidité qui rend tout changement impossible. Les exercices d'hypnose visent à réduire ou à modifier ce contrôle. La particularité de la sensorialité première ou perceptude est d'être un accès vers une totale liberté de perception et donc de réaménagement du corps intégrant le handicap » (22).

Pour Yves Halfon « la douleur chronique renvoie à l'hypnose. Elle est fixation de l'attention, elle est réduction du monde sensoriel et affectif du patient et elle s'amplifie grâce aux processus de pensée telles que l'imagination et la mémoire, à travers le langage intérieur fait de mots, d'images » (21).

L'hypnose va donc permettre d'appréhender la douleur sous un angle nouveau, d'ouvrir les champs de perception en mobilisant les ressources du patient, à savoir sa sensorialité, sa créativité. Le recadrage est une des méthodes utilisée en hypnose et consiste à modifier l'approche, la perception d'une problématique, afin d'envisager des solutions qui n'étaient jusque là pas visibles.

4.2 Etudes cliniques

De nombreuses études démontrent l'efficacité de l'hypnose dans la douleur chronique. On peut citer une revue de la littérature publiée en 2007 par Elkins, concernant l'effet de l'hypnose dans la douleur chronique. Treize études sont répertoriées, les résultats indiquent que l'hypnothérapie entraîne, de façon constante une diminution importante de la douleur, avec une efficacité démontrée dans différents types de douleurs: fibromyalgies, céphalées chroniques, douleurs cancéreuses (23).

En Juin 2014, Tan G et coll. publient dans l'European Journal of Pain une étude randomisée portant sur une centaine de patients présentant des lombalgies chroniques et traités par Hypnose. Plus de la moitié des patients présentent une amélioration de la symptomatologie et on note un maintien de ce gain à 6 mois avec un intérêt de l'apprentissage de l'auto hypnose dans cette indication (24).

5. Problématique

Comme cela a été évoqué dans la première partie, la douleur chronique est une pathologie que je rencontre fréquemment lors de mes consultations en cabinet de médecine générale. Je me retrouve complètement dans le tableau généralement dépeint par les études, à savoir une problématique difficile à gérer pour le généraliste. Cette difficulté est secondaire à plusieurs paramètres. Tout d'abord sur le plan du symptôme en tant que tel avec la plainte chronique du patient et les améliorations partielles, temporaires, au prix souvent d'effets secondaires plus ou moins invalidants des traitements, le sentiment d'échec récurrent devant ces patients qui continuent de souffrir et se contenter d'un équilibre, d'un compromis dans cette balance bénéfice-tolérance.

Il y a ensuite la composante psychologique, interconnectée avec cette symptomatologie chronique, parfois responsable en premier lieu de cette douleur dans le cadre des somatisations. La frontière est mince, poreuse, entre somatique et psychologique et le plus souvent impossible à tracer de façon formelle. La chronicité entraîne la confusion, une altération de la raison, de la sensorialité, de la temporalité, qui sont rythmés par cette seule douleur. Car avec le temps c'est l'univers tout entier du patient dans sa globalité qui se retrouve centré sur ce symptôme.

Le dernier paramètre concerne le retentissement environnemental dont nous sommes les témoins, puisque les patients nous communiquent également leurs préoccupations personnelles, sociales et professionnelles.

Ainsi sommes nous placés comme spectateurs souvent impuissants de ces changements qui s'opèrent dans leur environnement: les arrêts de travail entrecoupés de reprise difficiles, les employeurs qui ne peuvent répondre aux demandes d'aménagements de poste, parfois la perte de l'emploi, les activités, loisirs, distractions, devenus impossibles, les conjoints qui s'épuisent face à la plainte chronique et finissent parfois par partir, les enfants qui subissent ce parent épuisé par la douleur, moins disposé à leur consacrer du temps, de l'écoute, qui s'emporte facilement. Cette vie qui s'effrite et finit par se réduire à la maladie, phagocytant tout le reste.

La tentation est grande, parfois inconsciente devant ce sentiment d'échec, de vouloir donner à la douleur une signification, un sens, car si elle n'était « que » somatisation d'une problématique psychologique alors le thérapeute ne serait plus seul responsable de cet échec, puisque c'est bien le patient qui n'arrive pas à trouver de solution.

Devant ce sentiment d'échec et cette plainte chronique, le thérapeute peut être tenté de se désolidariser du patient en le laissant seul responsable de sa destinée de douloureux chronique.

Alors que faire ? Comment aider ces patients ? l'hypnose paraît être une réponse appropriée à cette problématique puisqu'elle va se proposer de recadrer le sujet sur une nouvelle réalité, tenter de lui apporter un regard différent, un pas de côté afin de ré explorer une sensorialité perdue, se redéfinir dans sa globalité et trouver dans ses propres ressources une aptitude au mouvement et donc au changement.

En tant que médecin généraliste exerçant en ville, je décide donc de pratiquer l'hypnose et ainsi de tenter d'aider les patients à sortir de cette réalité figée.

La problématique est donc la suivante comment faire adhérer le patient au projet de changement par l'hypnose, quelle stratégie choisir, quelles ressources mobiliser, sur un plan pratique : comment exercer l'hypnose en cabinet de ville ?

II Méthodologie de la recherche

1. Présentation du cas clinique.

Mme Ingrid A. est une patiente de 40 ans que je suis depuis mon installation en 2007, responsable d'un magasin d'alimentation elle a 2 enfant de 4 et 8 ans. Dans les antécédents on retrouve une lithiase rénale en 2007 et une cholécystectomie en 2011.

Elle présente des épisodes de douleurs lombaires dès l'âge de 20 ans, intermittentes, améliorées par anti inflammatoires. Lors de sa première grossesse à l'âge de 32 ans, elle présente un premier épisode de lombosciatalgie nécessitant des antalgiques de niveau 2 et AINS avec un arrêt de travail de 2 mois. Depuis 2006, les symptômes se répètent régulièrement mais sont peu intenses et rapidement régressifs. Puis, suite à la réalisation d'une cholécystectomie en août 2011, la symptomatologie est majorée avec une sciatique de topographie S1 droite, intense résistante aux antalgiques et anti inflammatoires. Elle bénéficie d'une infiltration épidurale en décembre 2011 avec amélioration partielle et de courte durée. Durant cette période elle multiplie les arrêts de travail.

Devant la persistance de la symptomatologie un scanner du rachis lombaire est réalisé et retrouve une volumineuse hernie discale L5S1 droite.

La patiente est opérée le 14 février 2012 pour réaliser l'exérèse de la hernie L5S1 droite et discectomie L5S1. Les suites opératoires sont simples, elle est hospitalisée en centre de rééducation; à la sortie les douleurs persistent mais sont moins intenses. Les semaines suivantes il y a une majoration des symptômes et l'on doit augmenter le traitement de fond avec codéine, lyrica (antalgique indiqué dans les douleurs neuropathiques) et anti inflammatoire. Elle est victime de 2 chutes en mars et avril 2012 qui intensifient le tableau clinique.

Elle bénéficie en août d'une biopsie vertébrale à la recherche d'une spondylodiscite devant l'intensité des douleurs et la présence d'images douteuses à l'IRM, les prélèvements resteront négatifs.

Le tableau reste identique, la reprise de travail est impossible, Mme Ingrid A est hospitalisée du 9 janvier au 29 mars 2013 en rééducation fonctionnelle, ce qui permet une amélioration nette.

Le travail est repris le 8 avril en mi-temps thérapeutique, sous antalgiques. L'employeur a accepté que Mme Ingrid soit exemptée du port de charges lourdes, elle est dans un bureau

mais le trajet, 100 kilomètres de voiture par jour, favorise l'intensification des douleurs, elle est arrêtée 1 semaine et nous débutons un antalgique morphinique, le Durogesic, mais Ingrid A. présente une intolérance.

Le mi-temps thérapeutique se termine en septembre 2013.

L'alternance reprises et arrêts de travail se poursuit, le tableau reste invalidant et nécessite la prise quotidienne d'antalgiques puissants avec comme effet secondaire principal la majoration de l'asthénie déjà engendrée par cette douleur chronique. L'EVA (échelle visuelle analogique) à 8/10 le matin et 6/10 en journée.

Elle est mutée en octobre 2013 dans un magasin qui se situe près de chez elle.

Mais le tableau reste intense et invalidant, la prise quotidienne d'antalgique est indispensable, le moral est au plus bas, elle est fatiguée, n'en peut plus de cet état. De plus elle est en conflit avec son mari qui ne comprend pas qu'elle se plaigne tout le temps, lui dit que cela devient insupportable pour lui. Elle culpabilise de s'emporter souvent avec ses enfants d'être moins patiente et moins à l'écoute alors qu'ils en ont besoin. Sur le plan financier, la situation est difficile, avec les arrêts de travail, le salaire a été amputé et la famille a du mal à s'en sortir. Elle présente des éléments dépressifs avec un ras le bol, une perte de motivation générale.

Mme Ingrid A symbolise le douloureux chronique dans sa complexité. Il n'a pas été trouvé d'équilibre satisfaisant sur le plan thérapeutique, ce qui engendre des conséquences fonctionnelles, personnelles, professionnelles importantes. Je me retrouve dans l'impasse et l'hypnose me semble particulièrement appropriée. D'une part sur la composante algique en tant que telle, en permettant d'aborder la symptomatologie différemment, de modifier les perceptions douloureuses. Par l'apprentissage de l'auto-hypnose, proposer à la patiente de reprendre du contrôle sur cette douleur.

D'autre part sur le plan psychologique en travaillant sur le lâcher prise, la relaxation et également le pas de côté, élargir le champs des perceptions, être capable de prendre du recul sur cette douleur chronique qui représente aujourd'hui le point central de sa sensorialité et de ses perceptions. Si l'on parvient à cela, naturellement les relations familiales devraient s'en trouver améliorées.

En juin 2014 je lui parle donc de ma formation en hypnose lui explique en quoi cela consiste, qu'il s'agit d'une manière différente de l'aider dans son quotidien, en complément des traitements.

Elle paraît intéressée, elle est prête à essayer mais ne croit pas que cela puisse marcher. Elle ne comprend pas comment l'hypnose peut l'aider dans ses douleurs.

Je lui explique que cela marche, les études récentes avec les IRM ont montré que l'hypnose était efficace dans la prise en charge des douleurs, que cela pouvait changer vraiment les choses chez de nombreux patients.

Evidemment pour le savoir, il n'y a rien de mieux que d'essayer.

Elle est d'accord, nous fixons un rendez vous pour cette première séance.

Je décidais de manière subjective et si la patiente me le permettait, de réaliser quatre séances. Une première consacrée au lâcher prise, la deuxième axée sur la réification et l'apprentissage de l'auto-hypnose, puis suggestion de réduction de la douleur à la troisième séance. Enfin terminer par une métaphore. Cette stratégie me paraissait exhaustive et permettait de faire appel grâce à ces techniques à différentes ressources.

2. Première séance d'hypnose

2.1. L'entretien préalable

Elle arrive au cabinet à l'heure convenue, toujours très algique. Nous parlons de ses douleurs, du traitement antalgique, l'EVA est à 8 au réveil le matin puis à 6 dans la journée, elle prend Lyrica 200 mg trois fois par jour, tramadol Lp 200 matin et soir, du paracétamol dans la journée et souvent du MIOREL, myorelaxant, le soir. Ce traitement la fatigue, elle a du mal à se lever le matin pour aller travailler, en plus il ne calme pas entièrement les douleurs, il persiste des pics algiques lors de mauvais mouvements, dans de mauvaises positions. Elle ne peut plus faire ce qu'elle souhaite, elle doit constamment penser à son dos, à faire attention. L'activité quotidienne est limitée et difficile. Puis elle me parle de son moral, elle est fatiguée de cette situation, souhaiterait bien en sortir. Elle pensait qu'en rapprochant son lieu de travail, les douleurs seraient moins intenses, mais malgré cela, elles persistent. On parle de son mari qui ne la comprend pas, lui dit qu'il ne supporte plus ce quotidien, cette plainte omniprésente. Elle aborde également le sujet de ses enfants, qu'elle ne parvient plus à écouter autant qu'avant, elle a moins de patience avec eux, se met plus vite en colère.

Je lui parle alors de l'hypnose, lui explique que l'on va faire une première séance aujourd'hui si elle est toujours d'accord.

Elle est motivée mais souhaite avoir quelques précisions sur ce qu'est l'hypnose, des amies lui ont dit que cela pouvait être dangereux, que l'on pouvait être manipulé, que l'on avait plus de contrôle sur soi lorsqu'on était en hypnose, elle appréhende un peu à cause de tout cela.

Je la rassure et lui dit qu'elle est en hypnose plusieurs fois par jour sans le savoir, qu'elle en fait déjà toute seule, elle est interpellée « ah bon docteur, je sais faire ça, vraiment ? » , bien sur, ça et beaucoup d'autre choses , bien plus que ce que vous ne le pensez, votre corps sait faire beaucoup de bonnes choses, il faut juste trouver le bon moyen pour lui demander, lui faire exprimer ces bonnes choses et alors on peut voir de vrais changements que l'on pensait impossibles.

« Mais comment ai-je déjà fait de l'hypnose docteur, sans être au courant ? » et bien dans la journée, lorsque vous êtes ailleurs, dans la lune, que vous êtes à un endroit en pensant à autre chose, vous êtes en hypnose, un état particulier ou vous êtes ici et ailleurs en même temps, mais vous pouvez à tout moment reprendre le contrôle n'est ce pas, puisque c'est votre esprit qui se promène, vous pouvez vous reconcentrer dès que cela est utile, et bien durant la séance vous serez dans cet état d'hypnose, identique, vous pouvez revenir de ces pensées dès que vous le souhaitez, la seule différence c'est que je vais vous parler durant cette séance afin de vous guider dans vos pensées ».

Elle marque une pause, puis reprend « d'accord, mais comment cela peut il m'aider dans mes problèmes » « et bien on va reproduire cet état ensemble, et dans cet état avec mon aide vous pourrez envisager les choses différemment, mais le mieux c'est que l'on commence si vous êtes d'accord »

Mme Ingrid A semble rassurée par mes propos et prête à commencer.

2.2 L'installation

Je lui demande de se positionner confortablement dans le fauteuil, de prendre une position agréable, je rythme ma respiration sur la sienne, m'exprime sur ses expirations, et me positionne moi même confortablement dans mon fauteuil situé en face d'elle.

Je lui demande si elle est bien, et lui explique qu'il peut, durant la séance, y avoir des bruits imprévus et que cela n'a aucune importance pour le travail que l'on va faire.

Elle peut sortir de cet état si elle en éprouve le besoin, quand elle le souhaite.

2.3 L'induction

Je lui demande de fixer un point au mur qui se trouve en face d'elle, un point qu'elle choisit, bien précis, et de me dire quand c'est bon, elle valide d'un signe de la tête.

J'utilise ensuite le VAKOG, lui propose de rester le regard bien fixé sur ce point et en même temps de porter attention aux bruits extérieurs, les voitures puis peut être un peu plus près de

nous l'ordinateur, les bruits de la salle d'attente. Je valide et lui demande à présent de porter son attention sur les bras, les jambes, le corps sur ce fauteuil, et sur la respiration, l'inspiration qui apporte un air frais, dans les bronches, les alvéoles puis l'expiration avec un air plus chaud, qui remonte des alvéoles aux bronches et la bouche, je valide.

« Tout en continuant à porter votre attention sur la respiration, peut être avez- vous déjà envie de fermer les yeux , si c'est le cas alors laissez- vous aller et fermez les yeux », elle ferme les yeux quelques secondes après, la respiration est calme, la patiente est détendue. « Et pendant que vous inspirez, expirez cet air, naturellement, simplement, le corps fait naturellement ce qui est bon pour lui, il inspire et expire la juste quantité d'air dont il a besoin, sans que l'on y prête attention ... ».

2.4 La transe

Vous allez maintenant avec votre regard intérieur, choisir un endroit, que vous connaissez déjà ou pas, réel ou imaginaire, une place où vous êtes bien... détendue,

Et vous me ferez signe avec un doigt lorsque vous y êtes. » La patiente lève légèrement l'index de la main droite, Je valide « c'est bien, très bien... ».

Elle est calme, l'air apaisée, je l'invite à porter son attention sur cet endroit, les couleurs, la température , les sensations de chaleur ou bien de fraîcheur peut être..., ce sentiment de bien être, de tranquillité qu'elle ressent... Je lui demande maintenant de visualiser des ballons, de toutes les couleurs avec des ficelles... de choisir un ballon et de l'accrocher avec cette ficelle à l'index de la main droite, très bien... Je poursuis ensuite avec plusieurs ballons, je suggère la sensation de légèreté, la main est légère, elle est attirée vers le ciel par ces ballons qui flottent au dessus d'elle,... elle est légère, tellement légère... Le poignet puis la main de la patiente se soulèvent doucement à mesure que je valide et poursuis les suggestions de légèreté de bien-être.

Je propose maintenant d'écrire quelque chose sur un ballon, quelque chose dont vous voulez vous débarrasser, puis de défaire le nœud de ce ballon, de le regarder s'envoler, loin, dans le ciel... c'est très bien, parfait. On enlève ensuite les autres ballons, la main redescend lentement sur la cuisse.

Je propose une suggestion post hypnotique avec ancrage « vous pourrez retrouver à nouveau cette sensation de bien être, de tranquillité quand vous le souhaitez en vous asseyant confortablement, en fermant les yeux et en respirant calmement, les mains posés sur les jambes.

2.5 Le retour

On se recentre sur la respiration, le rythme, puis le corps, les bruits de la pièce, et on revient « ici et maintenant » elle peut ouvrir les yeux quand elle le souhaite.

Mme Ingrid A. ouvre les yeux, elle est apaisée, l'air ailleurs.

2.6 Discussion

Je garde le silence quelques instants et lui demande comment elle se sent

« je me sens bien docteur, c'était très agréable... »

Je lui dis que c'est très bien comme ça, Je lui explique que l'on ne va pas trop en parler maintenant, qu'il faut profiter de cette expérience, puis qu'elle voit comment elle se sent les prochains jours.

Elle est d'accord pour que l'on continue, rendez vous est pris pour la semaine prochaine.

3. Deuxième séance d'hypnose

3.1 L'entretien

Je lui demande comment s'est passée la semaine, elle me dit que les jours qui ont suivi la séance, elle s'est sentie plus relaxée, moins anxieuse que d'habitude, mais les douleurs sont restées identiques. EVA 8 le matin, 6 la journée avec des pics algiques et 6 à 8 le soir. Elle se sentait un peu moins centrée sur les symptômes malgré leur présence, arrivait à penser un peu à d'autres choses, était plus calme aussi. Elle me signale surtout avoir eu un sommeil de meilleure qualité, elle se réveillait avant 4 à 6 fois par nuit aux changements de position qui étaient douloureux, et depuis la semaine dernière elle ne se réveille qu'une à deux fois, elle est donc moins fatiguée au réveil.

Je décide pour cette séance de me concentrer sur la réification de sa douleur.

« Si vous deviez me décrire la douleur, comment serait-elle ? » Elle réfléchit, « ça serait une couleur, le noir, du noir froid » elle me décrit finalement sa douleur comme une boule noire, froide, pour elle le bien être est associé à la chaleur, « quand la douleur est moins importante je sens comme une chaleur qui monte de la jambe »

3.2 L'installation

Je lui demande si elle veut changer de position ou bien garder la même que la dernière fois. Elle me dit qu'elle était bien comme cela, nous restons donc face à face. Elle s'installe confortablement dans le fauteuil.

3.3 L'induction

J'utilise à nouveau la fixation sur un point fixe du mur face à elle, puis le VAKOG, du plus loin au plus près d'elle, puis en allant sur la respiration.

Elle ferme les yeux plus rapidement qu'à la première séance, elle est sereine, calme, la respiration est profonde lente.

3.4 La transe.

Je suggère à nouveau la safe place « vous allez maintenant avec votre regard visualiser un endroit où vous vous sentez détendue, un endroit très agréable, qui peut être connu ou pas, peu importe » on utilise le signaling à nouveau, elle me précise par un mouvement du doigt qu'elle est bien dans sa safe place.

Je lui suggère le bien être, l'apaisement puis d'imaginer ce qui peut renforcer sa protection dans ce lieu, entourer ce lieu de quelque chose qui la protège encore plus... c'est très bien, parfait ...

Je lui suggère ensuite de « visualiser sa douleur qui serait une couleur, et d'associer à cette couleur une forme... très bien, c'est ça... vous allez maintenant bien observer cette couleur et cette forme, faites-en le tour pour bien l'observer sous tous les angles. très bien, comme ça...(je laisse quelques secondes) , et maintenant vous allez, quand vous le voulez, modifier cet objet, changer sa forme ou bien sa couleur ou bien les deux peut être...oui, très bien... maintenant vous allez faire diminuer cette forme, doucement vous la voyez peut être déjà changer, peut être est elle déjà plus petite...la couleur est peut être déjà plus claire, plus chaude, très bien, parfait.. elle est maintenant de plus en plus petite. Très bien ». Nous restons un peu sur ce moment puis on suggère à nouveau la sensation de bien être avec ancrage à nouveau « vous pourrez, si vous le souhaitez, dans les prochains jours, si vous en éprouvez le besoin, simplement en vous asseyant et fermant les yeux retrouver cette tranquillité, ce sentiment de bien être, cette chaleur qui est en vous »

3.5 Le retour.

Il s'effectue selon le même protocole qu'à la première séance. Mme Ingrid A. prend du temps pour revenir, pour ouvrir les yeux.

On a le sentiment que la transe a été profonde.

3.6 Discussion.

Je lui demande comment elle va, elle me dit qu'elle s'est sentie partir plus loin que la première fois, elle a visualisé la même safe place qu'à la première séance, puis a bien visualisé une boule noire, qu'elle a réussi à faire changer, pas au tout début mais petit à petit. La boule n'a pas diminué de taille mais s'est aplatie pour devenir un disque épais. La couleur n'a pas changé et elle n'a pas ressenti de chaleur dans cette boule.

Je me dis qu'il y avait peut être trop de suggestions : forme, couleur, température.

Elle se sent bien. Je lui propose de faire tous les jours une séance d'auto hypnose de quelques minutes, elle semble d'accord pour s'y mettre.

Je lui explique qu'elle n'aura qu'à se mettre sur un fauteuil confortablement, s'assurer d'être au calme et de ne pas être dérangée, de se concentrer sur un point fixe, puis de se concentrer sur les différentes parties du corps les bras, les jambes les fesses sur la chaise, qui sont détendues, puis porter l'attention sur la respiration et fermer les yeux, quand elle se sentira prête, avec son regard intérieur, retrouver cet endroit qu'elle connaît déjà et simplement apprécier le fait d'être bien, détendue, ressentir cette sensation de chaleur qui l'envahit en même temps, qui prend tout le corps, puis revenir à sa respiration et retrouver la pièce dans laquelle elle se trouve, ici et maintenant.

Nous prenons rendez-vous pour la semaine prochaine.

4. Troisième séance d'hypnose

4.1 L'entretien

La patiente a un meilleur faciès que d'habitude, les traits sont moins tirés, elle a présenté moins de douleurs, la sensation de chaleur est vraiment efficace pour faire diminuer les symptômes. Mme Ingrid A. me signale qu'elle a fait les séances d'auto hypnose quotidiennement, elle entre plus facilement en transe et plus profondément, la safe place lui permet d'être vraiment sereine, détendue, la sensation de chaleur envahit son corps et permet de diminuer les douleurs de façon significative et cela lui permet d'être beaucoup mieux

pendant 2 à 3 heures après les séances. Par contre, elle présente depuis quelques jours un élément nouveau, au milieu de l'auto hypnose, elle se retrouve à sortir de la safe place pour un tunnel sombre, dont elle ne voit pas le bout, n'arrive pas à avancer dans ce tunnel et sent monter de l'angoisse, le retour dans ces moments là n'est pas très agréable. Je la rassure, lui dit que c'est normal, cela montre qu'il y a du mouvement, qu'il se passe quelque chose, qu'une partie de son esprit, non consciente est en recherche d'une solution et les résultats qu'elle me rapporte sur les douleurs sont très positifs, cela montre qu'elle a déjà commencé à changer, le corps va trouver une réponse naturelle à ce qui est bon pour lui.

Elle fait également de l'autohypnose lors des pics algiques, lorsqu'elle les sent arriver, elle s'assoit dans un fauteuil, ferme les yeux et pense à la sensation de chaleur qui envahit son corps, l'ancrage semble fonctionner, cela lui permet d'avoir moins mal, et parfois de faire passer ce pic algique.

Elle prend moins de tramadol, de paracétamol et a supprimé le lyrica du matin .L'EVA est à 7 le matin, 5 la journée.

Sur le plan psychologique, elle se sent moins anxieuse plus détendue, le sommeil est un peu mieux avec un à deux réveils en moyenne par nuit. Elle m'indique qu'elle retrouve du temps et surtout de la patiente avec ses enfants, que tout cela n'est pas de leur faute, qu'ils ne doivent pas en subir les conséquences. Elle arrive à « prendre du recul », moins centrée sur cette douleur, elle parvient à ouvrir son champs de perception .

Elle fait également plus de choses dans la maison.

Au travail, cela se passe plutôt bien, elle est toujours en bureau n'a donc pas de manutention à faire.

Je lui demande si elle pouvait faire ce qu'elle voulait avec cette douleur aujourd'hui, combien en enlèverait-elle « cela fait tellement longtemps que je souffre, ça me ferait drôle de ne plus avoir mal... je ne sais pas si ça serait possible un jour de ne plus avoir mal.. si j'avais déjà deux fois moins mal ça serait bien ».

4.2 L'induction

L'induction est plus rapide cette fois, je lui demande de fixer un point et de se concentrer sur la respiration, de fermer les yeux dès qu'elle le souhaite, elle les ferme rapidement, et entre en transe.

4.3 La transe

Avec votre regard intérieur, vous allez marcher sur une route, une belle route, vous regardez de part et d'autre, vous êtes bien, vous marchez tranquillement, détendue, peut être sentez vous un peu d'air chaud, un peu de soleil, ou pas peu importe, vous êtes détendue... Sur cette route, devant vous, vous voyez une machine posée là, sur le chemin. Vous observez bien cette machine, sa couleur, sa forme, elle comporte deux boutons, un pour l'intensité de la douleur marqué de 1 à 10 et l'autre pour la température du corps marqué aussi de 1 à 10. Vous pouvez si vous le souhaitez placer le curseur de la douleur au niveau des douleurs habituelles, très bien... et maintenant vous allez faire baisser, à votre rythme, quand vous le souhaitez, ce curseur, doucement, allez y, très bien, parfait et plus vous le baissez, plus votre corps est détendu, confortable. Vous amenez le curseur au niveau ou vous le souhaitez, à un niveau de confort acceptable, très bien. Je laisse quelques secondes.

Et maintenant vous allez regarder l'autre bouton, celui qui règle la température du corps. Vous allez, quand vous le souhaitez bouger ce bouton, et faire monter la température, la chaleur au niveau que vous souhaitez, très bien, peut être constatez vous déjà cette chaleur qui vous apaise.

Je laisse quelques instants et propose de faire une nouvelle suggestion hypnotique avec ancrage : « avec votre regard intérieur, vous allez visualiser le lieu dans lequel vous vous sentez bien, protégée, légère... très bien, appréciez ce moment, vous êtes apaisée, détendue, confortable... vous pourrez, plus tard, dans la semaine, quand vous le souhaitez, quand vous en aurez besoin retrouvez ce confort en serrant le pouce et l'index de la main droite, en faisant ce geste vous retrouverez ce sentiment de bien être de détente, très bien ...

4.4 Le retour.

Le retour se fait selon les mêmes modalités, par la respiration, reprise de conscience du corps puis de l'environnement proche, et retour ici et maintenant.

Le retour se fait à nouveau lentement, la transe paraît avoir été profonde à nouveau.

Elle ouvre les yeux et paraît encore un peu ailleurs.

4.5. La discussion.

Après un silence, je l'interroge brièvement,

elle me signale qu'elle était bien sur ce chemin, elle avait une sensation de légèreté et réalise maintenant qu'elle n'avait pas de douleur dans ce « rêve ». Elle a bien visualisé la machine

mais il était très difficile de bouger les boutons, « c'était dur, ça coinçait », elle a quand même réussi à baisser un peu le niveau de douleur sur la machine. J'aurais dû suggérer plus de facilité pour le mouvement de ces boutons et ratifier par signaling.

Je lui propose de continuer l'autohypnose quotidiennement et surtout d'utiliser le pouce et l'index de la main droite lors des pics algiques.

On se retrouve la semaine prochaine.

5. Quatrième séance d'hypnose.

5.1 Préparation

Je souhaitais pour cette dernière séance proposer une métaphore. Le moment me paraissait être le bon, la patiente utilisait l'autohypnose régulièrement, elle en tirait quelques bénéfices objectifs sur ses douleurs, également sur l'anxiété, connaissait des périodes d'apaisement physique et psychologique. Cependant la douleur gardait sa place centrale, restait la référence première malgré l'hypnose.

L'utilisation de la métaphore à ce moment de la prise en charge me parut opportun, dans la mesure où je souhaitais, pour ce dernier entretien, suggérer une ouverture plus large, un recadrage dans la place que tient sa maladie. Il fallait maintenant qu'elle envisage d'ouvrir les champs de perception à son corps dans sa globalité et à son environnement.

Je travaillais sur une métaphore susceptible de répondre à ces objectifs et choisis de l'utiliser en état de transe.

5.2 L'entretien.

La semaine fut difficile, il y a eu beaucoup d'efforts lors d'une séance de rééducation, cela a majoré les douleurs. Elle a du coup été moins bien moralement, elle a l'impression d'avoir perdu le bénéfice de l'hypnose, que tout est à refaire.

Elle a repris le lycra du matin et le tramadol. Le moral n'est pas bon, elle se dit que ça va être comme cela toute sa vie.

Je fais remarquer qu'elle a eu des périodes de mieux ces dernières semaines, elle reconnaît que l'hypnose lui a apporté des bénéfices en 3 séances. Si elle continue à faire de l'autohypnose, elle peut raisonnablement penser qu'avec le temps cela va être un outil encore plus puissant.

L'ancrage avec le pouce et l'index a plutôt bien marché, diminuant l'intensité algique lors des pics.

Je la remotive, elle reconnaît que l'hypnose lui permet d'être mieux sur le plan des douleurs et du moral. Elle a quand même moins mal qu'il y a 3 semaines, elle consomme moins d'antalgiques sauf après cette séance de rééducation ou lorsqu'elle fait beaucoup de voiture. Le contact avec ses enfants est meilleur qu'avant le début de l'hypnose, elle a retrouvé plus de patience et d'écoute avec eux même si cela est toujours un peu variable. Son mari constate des progrès, elle arrive à moins se plaindre et surtout à se préoccuper de lui, de ses soucis, ce qu'elle ne faisait plus depuis longtemps. Elle dit que l'autohypnose lui fait du bien, elle ressent beaucoup d'apaisement après les séances et essaie de le faire quotidiennement. Elle n'utilise pas toujours l'autohypnose pendant les pics algiques, cela dépend.

5.3 La séance

Pour cette dernière séance, je lui propose de se positionner comme elle sait le faire, de fermer les yeux de se centrer sur sa respiration, suggestion de la safe place, puis je débute un récit : « Je vais maintenant vous raconter l'histoire d'un homme que j'ai connu il y a de cela quelques années, lors d'un voyage en Afrique. Cet homme s'appelait Afi. Il avait une femme très belle et deux enfants, un garçon et une fille qu'il adorait. Son travail le comblait, Il cultivait du riz et sa production permettait de nourrir sa famille, son village, de faire des profits en vendant une partie de la récolte aux tribus voisines. Il partait tous les matins à la rizière avec plaisir, travaillait dur et le soir retrouvait sa femme et ses enfants. Sa famille était fière de lui, du travail qu'il accomplissait, du courage dont il faisait preuve, de la joie qu'il communiquait à son entourage. Il était un bon père qui passait beaucoup de temps avec ses enfants, les emmenait à l'école, jouait souvent avec eux en rentrant du travail, savait les écouter quand ils en avaient besoin. Sa femme l'aimait, il était toujours prévenant avec elle, se préoccupait de son bien être, elle était comblée et lui rendait l'amour qu'il lui témoignait. Ils avaient de nombreux amis, qui venaient souvent le voir pour passer de bons moments ou bien prendre des conseils. Afi était respecté dans le village, c'était un personnage important car il était d'une grande sagesse, d'une grande intelligence, il savait trouver des solutions aux problèmes que rencontraient les membres de sa tribu, régler les conflits, prendre les bonnes décisions lorsqu'il manquait d'eau ou de nourriture. Il prônait le respect, la solidarité, le partage entre les habitants du village. Grâce à lui tous vivaient en harmonie, il était le chef naturellement reconnu par les membres de la tribu.

Un jour alors qu'il travaillait à la rizière comme d'habitude, il s'aperçu que le niveau d'eau était plus bas que la normale, il trouva cela surprenant Afi exerçait ce métier depuis de nombreuses années, il avait connu des périodes de sécheresse et d'inondations, qu'il avait su surmonter en modifiant temporairement les canaux d'irrigation ou bien en trouvant d'autres solutions, mais cette fois ci il sentait que c'était différent sans savoir expliquer pourquoi. Les jours suivants, le niveau d'eau baissait encore et encore, il devenait inquiet car sans eau il ne pouvait pas cultiver le riz. Il s'aperçu que la rivière qui amenait l'eau à son champ commençait à s'assécher.

Dans sa grande sagesse il expliqua aux habitants du village ce qui se passait et leur demanda de faire des réserves de riz, il leur dit qu'on ne pouvait savoir si cela allait durer, les habitudes devaient changer jusqu'à ce que l'eau revienne.

Les membres de la tribu n'étaient pas contents, ils ne voulaient pas faire de réserves, la plupart voulaient continuer à manger comme avant, et ne pas s'embêter à stocker du riz car cela demandait des efforts et de l'organisation, du changement dans le quotidien. Ils n'avaient jamais eu besoin de le faire et trouvaient cela inutile. Ils n'avaient pas envie de changer leurs habitudes. Tous pensaient que l'eau reviendrait rapidement et que les récoltes reviendraient vite à la normale.

Afi se retrouva isolé, les villageois venaient moins le voir. Sa femme et ses enfants étaient de son côté mais eux mêmes ne comprenaient pas bien pourquoi il fallait se rationner, manger un peu moins et faire les stocks de riz.

Lui continuait à travailler, à récolter le riz comme il pouvait, mais la production baissait beaucoup. Il partageait le fruit de son travail à parts égales avec l'ensemble de la population, mais était le seul à faire des réserves. Les semaines passèrent et l'eau ne revenait toujours pas. Quelques temps après, inévitablement, le riz vint à manquer. Les habitants n'eurent rapidement plus de quoi manger.

Après quelques jours, ils se rendirent chez Afi pour lui demander à manger, lui qui avait des réserves de riz. Il ouvrit ses réserves, et organisa le partage avec tous les membres de la tribu. Il fit cela sans hésitation, c'était une évidence, il regrettait que ses amis ne l'aient pas écouté mais maintenant qu'ils n'avaient plus à manger Afi était là pour les aider. Il était le chef du village, le gardien de la sagesse, des valeurs qui les unissaient, lui qui avait toujours privilégié la solidarité, le partage. Cet épisode nouveau, cette épreuve, renforçait la cohésion entre les habitants. Ils étaient tous reconnaissant à Afi pour ce qu'il faisait et pour tout dire impressionnés par son attitude. Il avait partagé ses réserves avec tous les villageois, eux qui

ne l'avaient pas écouté, qui l'avaient même rejeté. Afi était vraiment un chef exceptionnel. Ils regrettèrent de ne pas avoir écouté ses conseils et de ne pas avoir stocké de riz.

La sécheresse perdurait et Afi était inquiet, il n'y avait plus de riz et les habitants commençaient à être dénutris, ils venaient voir Afi pour prendre conseil, mais il n'avait pas de solution, lui qui avait toujours travaillé dur, toujours eu les réponses appropriées il ne savait plus comment faire. Il se demandait pourquoi cela lui arrivait, avait-t-il fait quelque chose de mal pour mériter cela, les choses arrivent parfois sans raison mais il ne pouvait s'empêcher de se sentir responsable, car enfin, il était le chef du village, il aurait dû prévoir cela, il aurait dû être assez fort pour convaincre les autres de stocker ce riz. Les habitants comptaient sur lui et il les avait déçus, il n'avait pas rempli son rôle pensait-t-il. Les villageois savaient qu'Afi avait fait tout ce qu'il fallait, que c'était un grand chef, ils savaient que tout ce qui arrivait était imprévisible que ce n'était pas de sa faute. Sa femme et ses enfants étaient là à ses côtés, lui apportaient tout leur amour, mais il était isolé, plongé dans sa tristesse, sa culpabilité. Afi ne pensait qu'à cela et n'avait pas de solution, il se sentait perdu, triste, coupable, incapable de réagir et commençait à délaisser ceux qu'il aimait.

Il se rendait tous les jours à la rizière, observait le ciel durant des heures entières, et se demandait comment il allait surmonter tout cela. Dans ces moments là, il se sentait impuissant, comme dépassé par cette épreuve qui paraissait trop grande pour lui.

Puis un jour, sans que l'on sache pourquoi, l'eau se mit à nouveau à couler dans la rivière, doucement, un filet puis les jours suivant un peu plus, l'eau revint dans la rizière, AFI se remit à cultiver et rapidement il put à nouveau récolter du riz.

Les habitants purent à nouveau manger grâce à ses récoltes.

Cet épisode si difficile, leur avait servis, ils avaient changés, ils s'étaient mis à faire des réserves pour le village, à faire attention à ce qu'ils mangeaient pour ne rien perdre, à partager toujours, à s'entraider.

Surtout, Ils étaient heureux et fier d'avoir un chef comme AFI, qui avait sacrifié ses réserves pour eux lorsqu'ils avaient faim, sans hésiter, sans faire de morale, eux qui n'avaient pas suivis ses conseils.

Afi, lui, compris qu'il avait fait ce qu'il fallait, il avait préservé sa famille, conservé l'unité du village, et cet épisode difficile réussit à faire changer les choses, grâce à lui.

Il comprit qu'il y avait toujours des solutions, même quand cela paraît très dur, il comprit que l'amour de sa famille et le respect, la reconnaissance des villageois étaient de grandes valeurs, cela lui apportait beaucoup de bonheur, il se sentait à sa place dans ce village. Il avait aussi beaucoup de projets concernant sa rizière, il allait refaire les systèmes d'irrigation pour qu'ils

soient plus performants et parviennent à prévenir plus efficacement les prochaines sécheresses; il sortait grandi de cette épreuve, plus sage, plus fort aussi et surtout serein.

Il comprit enfin que la vie était formidable, que les épreuves ont aussi du bon car elles permettent de savoir qui l'on est et ce que l'on veut. Elles permettent de s'adapter, de changer pour être meilleur. Le village connut d'autres épisodes de sécheresse, plus ou moins longs mais, grâce aux changements qu'ils avaient effectués, aux idées qu'ils avaient trouvées, ils n'eurent plus jamais de problème de nourriture » .

Après ce récit, le retour s'effectua de manière identique aux autres séances.

Ingrid A mit du temps à revenir, à nouveau la transe fut apparemment profonde.

5.4 La discussion.

Elle trouva cette séance très agréable, elle a vraiment vécu l'histoire, elle était comme imprégnée par le récit, elle voyait les scènes et les personnages défiler au cours du récit de façon « très réelle ». Elle trouva cela original de raconter une histoire pendant une séance d'hypnose mais ne me demanda pas pourquoi on avait fait cela.

Je lui dis que les séances d'hypnose étaient terminées, si elle en éprouvait le besoin nous pourrions en faire à nouveau, mais pour l'instant il fallait laisser du temps.

Surtout je lui dis de continuer l'hypnose quotidiennement et l'autohypnose en cas de pics algiques.

Nous convenons de nous revoir quand elle le souhaite, sans rendez vous, à l'occasion peut être d'un autre motif de consultation.

6. Consultation post hypnose

Je vois en consultation 15 jours plus tard Mme Ingrid A pour renouveler son traitement.

Elle a fait moins d'hypnose ces derniers jours par manque de temps, elle confirme les changements avec moins de douleurs, une consommation d'antalgiques globalement diminuée même si certains jours restent difficiles surtout lorsqu'elle a fait beaucoup d'efforts. Le sommeil est de meilleure qualité avec toujours moins de réveils, entre 0 et 2, ce qui lui permet de passer des nuits acceptables et d'être moins fatiguée.

Elle me confie se sentir mieux de façon générale, plus apaisée et ce qu'elle a le plus remarqué c'est qu'elle arrive à consacrer son énergie à d'autres choses qu'à la douleur, elle ne prend

plus toute la place. Ce qui lui vient à l'esprit c'est le temps retrouvé avec ses enfants et cela même si les douleurs sont présentes, elle arrive mieux à faire la part des choses et à retrouver de l'intérêt pour eux, ce qu'elle avait perdu à un moment. C'est à ses sens le plus grand changement, elle se rend compte qu'elle était centrée et préoccupée uniquement par sa maladie, quotidiennement et que cela l'avait coupée de sa famille, de son environnement. Et cela a été amélioré avec l'hypnose.

Elle donne l'impression d'avoir plus confiance en elle d'être plus sereine dans cette réalité de douleur chronique, les épreuves et les changements de ces dernières semaines l'ont apaisée. Elle a réalisé qu'elle pouvait agir sur la douleur, la baisser, dépasser les crises algiques sans retomber dans une fixation sur celle-ci.

III Résultats et discussion Théorico-clinique

1 Rappel de la problématique

La problématique concernait donc l'utilisation de l'hypnose chez le douloureux chronique en médecine générale de ville. Comme nous l'avons vu, cette symptomatologie contient de nombreuses facettes tant du côté du patient que dans la relation patient – thérapeute et représente une prise en charge complexe pour le médecin généraliste. Tout d'abord parce qu'il s'agit d'une pathologie multifactorielle, dépendante de facteurs psycho sociaux et environnementaux qu'il est parfois difficile de cerner. Ensuite parce que la chronicité installe un sentiment d'échec, chez le patient comme chez le thérapeute, il est en effet difficile de se résoudre à la permanence de la maladie, au constat de ses répercussions nombreuses, qu'elles soient psychologiques, sociales ou familiales. Accepter l'absence, l'impossibilité de la guérison et donc un compromis entre douleur et iatrogénie.

Quels objectifs devait on se fixer, devait on s'en fixer, comment aborder la thérapie en cabinet de médecine générale, comment motiver le patient pour s'engager sur cette voie, pour le changement par l'hypnose, à quelles techniques faire appel, comment s'adapter, quels résultats allait on obtenir devant ce tableau qui semblait figé sur la douleur, autant de questions face à cette nouvelle expérience.

2 Confrontation des observations à la problématique

Le cas de cette patiente est assez emblématique de la complexité que représente la prise en charge du douloureux chronique. Je me suis retrouvé confronté aux différentes problématiques soulevées dans cette pathologie et la difficulté était bien au rendez-vous. Nous étions dans l'impasse avec la thérapeutique médicamenteuse, l'indication de l'hypnose me paraissait légitime.

.Concernant la motivation du patient pour cette voie différente qu'est l'hypnose, cela me parut assez simple dans la mesure où il existait une vraie souffrance, les réponses apportées jusque la n'ayant pas été satisfaisantes, la proposition d'une nouvelle voie est donc accueillie avec enthousiasme puisque porteuse d'espoir d'amélioration. Ce que j'ai ressenti lors de cette première expérience à ce sujet c'est qu'il est tentant de laisser planer ce voile de magie présent dans l'inconscient collectif concernant l'hypnose, il me paraît que trop d'explications sur le mode de fonctionnement de la thérapie, trop de « rationalisation » peut nuire à son efficacité. La forte symbolique associée à cette pratique, les « pouvoirs » qu'on lui prête, me semblent être un atout pour le thérapeute et la réussite de l'hypnothérapie. Peut être ai-je trop rationalisé, démystifié pourrait-on dire l'hypnose dès le premier entretien, en expliquant que cela était une pratique quotidienne chez tous les patients, un mécanisme naturel. Cette partie était motivée par le besoin de réassurance de la patiente devant ses questionnements, ses inquiétudes concernant cette thérapie. Il faudra donc trouver un juste milieu pour rassurer les patients sur la pratique de l'hypnose tout en conservant une part de « mystère ».

D'autre part, il est important comme cela nous l'a été enseigné de ne rien promettre. Il me semble avoir trop insisté sur la certitude de changement par l'hypnose, par un souci de trop bien faire, j'ai transformé mon envie de réussite en injonction de changement dès le premier entretien. Il aurait mieux valu rester dans la possibilité, la suggestion.

La motivation du patient s'est confirmée durant les séances, l'adhésion à la thérapie ne fut pas une difficulté dans ce contexte.

.Pour ce qui est des techniques employées, je restais dans les schémas que l'on m'avait enseignés, en essayant d'ajuster ma communication à la patiente. L'induction permit d'obtenir a priori des trances assez profondes.

Sur la douleur en tant que symptôme, les résultats furent encourageants, l'EVA permit d'objectiver assez rapidement une amélioration confirmée par la baisse de consommation des antalgiques. La réification effectuée lors de la deuxième séance semble avoir donné de bons

résultats tandis que la suggestion de potentiomètre réglant l'intensité de la douleur ne fut pas convaincante peut être fut elle amenée un peu tard dans la prise en charge, la patiente ayant déjà assimilé qu'elle pouvait agir sur la douleur par l'autohypnose. Cet apprentissage fut également efficace en terme de douleur et finalement rapidement adopté par la patiente. Les techniques d'ancrage ont porté leurs fruits.

Le sommeil fut également amélioré de façon pérenne dès la première séance portant sur le lâcher prise et la sensation de bien être.

On peut conclure sur ce qui est de la douleur à une diminution significative de la symptomatologie, qui a permis à Mme Ingrid A une amélioration de sa qualité de vie.

Sur le plan de la sensorialité la patiente était la aussi représentative dans ce qui est décrit chez les douloureux chronique, à savoir un champ de perception réduit au symptôme chronique, monopolisant la sensorialité qui est fixée sur celui-ci et empêche une ouverture du patient à sa globalité en tant qu'individu, et en conséquence parasite la relation à l'autre avec dans le cas présent un désinvestissement avec les enfants et le mari.

La thérapie a permis la aussi de progresser, Mme Ingrid A. rapportant une sensation d'apaisement dès la deuxième séance puis une sensorialité qui s'ouvre doucement, une patiente qui dit ne plus être centrée en continu sur sa douleur. Les changements vont donc rapidement se faire ressentir au sein de la famille, avec à nouveau une attention portée à ses enfants et son mari. Ce changement s'accompagne d'un caractère plus calme plus posé. On remarque que cet acquis a persisté lors de la majoration des douleurs qui ont suivi une séance de rééducation, l'ouverture du champ perceptif nouvellement retrouvé avait été épargné, l'acutisation provisoire n'avait pas abouti à un recentrage immédiat sur la douleur.

D'avoir pu dépasser cet épisode sans retourner à l'état antérieur, même si cela ne fut pas facile, donna à la patiente une confiance nouvelle dans sa capacité à gérer ces poussées et cela participait à ne pas se recentrer sur la symptomatologie, elle avait repris goût à ce relationnel familial retrouvé et donnait l'impression de mieux appréhender sa réalité de douloureux chronique, en laissant la juste place à sa maladie tout en conservant cette sensorialité.

.Dernier point de la problématique, le coté pratique. Comment exercer l'hypnose en cabinet de médecine générale. Travaillant sans rendez-vous, les séances furent programmées en fin de journée, ce qui permettait de prendre le temps nécessaire. La durée est différente pour chaque séance, et peu prévisible. Ce choix me parut être le bon pour l'avenir, peut être faudra-t-il consacrer une demie journée pour l'exercice de l'hypnose .Ce qui est sur au regard de cette expérience c'est que cette thérapie ne peut trouver sa place au sein de journées de médecine

générales classiques, sans rendez-vous, Il doit y avoir un temps dédié à l'hypnose pour que cela se passe dans de bonnes conditions.

3 Discussion éthique

Sur le plan éthique, la thérapie hypnotique semble maintenant trouver sa place.

Tout d'abord il me paraît important d'exercer dans le cadre d'une formation diplômante reconnue. Les bases de l'hypnose doivent être enseignées par des formateurs confirmés afin de transmettre les bases théoriques solides qui permettront aux thérapeutes de pratiquer dans un cadre bien défini pour mieux pouvoir s'émanciper avec l'expérience.

La pratique de l'hypnose permet d'appréhender le patient dans sa globalité d'être plus efficient en tant que soignant, je retrouve grâce à cela à une valorisation de l'humain qui est placé au centre de la relation avec le thérapeute, car ce n'est plus uniquement les symptômes que l'on soigne mais bien l'individu dans sa globalité.

L'hypnose nous permet de considérer l'être humain dans sa complexité pour mieux le comprendre et ainsi mieux le soigner.

Ensuite, la question posée est celle de la place du médecin traitant dans l'hypnothérapie. Peut-on soigner les patients que l'on suit en tant que médecin de famille, par l'hypnose. J'ai constaté durant cette étude la dichotomie existant entre ces deux exercices, car s'il est vrai que l'hypnose a modifié ma pratique quotidienne, mon écoute, ma communication, qu'elle imprègne désormais mon quotidien dans ma relation au patient, l'hypnothérapie demande une approche radicalement différente. Cette pratique nous faisant entrer dans une autre dimension du rapport patient – thérapeute avec cette notion d'alliance thérapeutique, d'interaction particulière qui est absente du champ de relation classique que connaît le médecin généraliste et son patient. Ainsi, il peut être délicat de retrouver sa place, l'équilibre qui existait avant cette thérapie.

Enfin il est évident que l'apport de l'hypnothérapie est éthique dans ce contexte, dans la mesure où les solutions proposées par la médecine classique ne permettent pas d'obtenir un équilibre satisfaisant. Elle permet au patient, grâce à ses ressources propres de redevenir acteur et non plus simplement spectateur et donc victime, de réinventer sa réalité, de retrouver une perception de sa globalité et non plus du symptôme seul.

En cela l'hypnose, plus qu'éthique est indispensable.

4 Apport de cette étude

Tout d'abord, je retrouve dans l'étude de ce cas clinique une aptitude de l'hypnose à faire bouger des choses qui paraissaient figées, une confirmation de son efficacité, la richesse des changements observés.

On a pu objectiver à travers ce cas clinique les retentissements psychologiques, familiaux engendrés par cette maladie ainsi que l'absence de réponse formelle et réellement satisfaisante dans le cadre de la médecine générale.

Nous retrouvons ici une amélioration des paramètres que nous cherchions à modifier : la douleur en elle même, le vécu de cette douleur, un lâcher prise qui se traduit par un apaisement dans sa relation à soi et aux autres.

Un recadrage qui a permis au patient de se réapproprier cette réalité, de retrouver une sensorialité dans ce contexte de douleur chronique. L'introduction de l'autohypnose semble avoir une part importante dans le vécu de cette expérience. L'assimilation de la méthode à été relativement rapide, la patiente a ressenti un mieux être en quelques séances, a pu grâce à cela entretenir les bénéfices de l'hypnothérapie et agir sur les pics algiques de façon plus satisfaisante.

L'hypnose trouve ici toute sa place, puisque l'on constate qu'avec ce pas de côté, ce changement de logique, de sensorialité et bien l'anxiété diminue, les nuits sont meilleures, la relation à l'autre redevient de bonne qualité. Les modifications de comportement objectivées lors de cette étude ont surtout concerné la sphère familiale. On retrouve une amélioration objective en terme de temps passé, d'intérêt porté, d'écoute retrouvée.

De manière plus personnelle, cette étude m'a permis d'affirmer mon intérêt pour l'hypnose et ma certitude qu'il s'agit là d'une voie à approfondir et à proposer dans mon exercice quotidien.

Elle constitue un outils indispensable aux problématiques chroniques rencontrées en médecine générale mais pas uniquement. Il y a énormément de champ d'actions possibles, reste à progresser, à pratiquer, pour améliorer cette pratique. Les erreurs ont été nombreuses dans l'approche de ce cas clinique, il faudra améliorer et travailler beaucoup de paramètres: la présentation de l'hypnose au patient, l'organisation des suggestions selon les séances, l'utilisation des métaphores. Et puis il faudra définir le cadre de l'exercice, puis je proposer

l'hypnothérapie à mes patients ou bien dois-je bien séparer les deux types de prise en charge, les deux rôles, chacun ayant ses spécificités, ses dimensions relationnelles propres. .

IV. Conclusion

La réalisation de ce mémoire vient clôturer ce cycle de formation qui m'aura permis de découvrir l'hypnose, en tant qu'étudiant et « cobaye » lors de nos premières séances de pratique en groupes, puis en tant que thérapeute.

Cela représente une réelle découverte et suscite un enthousiasme important devant les possibilités infinies.

L'hypnose m'a déjà apporté beaucoup, concernant le relationnel avec les patients, bien différent désormais, avec une perception plus globale de l'individu, une communication plus efficace et une plus grande adhésion aux projets de soins au sens large. Cette approche présente vraiment une thérapie complémentaire à la médecine générale en venant s'intéresser à la potentialité de chaque patient, à ses ressources, sa sensorialité, autant d'éléments qui n'étaient pas considérés dans l'exercice classique.

L'hypnothérapie en tant que telle m'a impressionné et m'impressionne toujours, mais elle m'a permis de constater que l'on peut accomplir de grands changements, on se retrouve réellement dans le monde des possibles avec ses dimensions propres. L'apport que cela représente pour des patients qui se trouvent dans des situations complexes, chroniques, est conséquent tant en terme de symptomatologie que de sensorialité, de perception.

Ces constats ne font que renforcer ma motivation et conscient du chemin qu'il reste à parcourir, ma détermination à faire de l'hypnothérapie une pratique centrale dans mon exercice de soignant.

BIBLIOGRAPHIE :

1. **HAS.** Recommandations Professionnelles. Douleur chronique. *Recommandations décembre 2008.*

2. **DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES.**

Douleurs chroniques. In: L'état de santé de la population en France - Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique.

Rapport 2007. Paris: DRESS; 2008. p. 142-3.

3. **NEUROSCI.J, APKARIAN.AV, SOSA.Y, SONTY.S, LEVY.RM, HARDEN.RN, PARRISH.TB, GITELMAN.DR.**

Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic gray matter density. *2004 Nov 17;24(46):10410-5.*

4. **APKARIAN.AV, HASHMI.JA, BALIKI.MN.**

Pain and the brain: specificity and plasticity of the brain in clinical chronic pain.

Pain. 2011 Mar;152(3 Suppl):S49-64.doi:10.1016/j.pain.2010.11.010. Epub 2010 Dec13.

5. **NEUROSCI.J, SCHWEINHARDT.P, SEMINOWICZ.DA, WOOD.PB, CHIZH.BA, BUSHNELL.MC, KUCHINAD.A.**

Accelerated brain gray matter loss in fibromyalgia patients: premature aging of the brain? *2007 Apr 11;27(15):4004-7.*

6. **SEMINOWICZ DA, LAFERRIERE AL, MILLECAMPS M, YU JS, CODERRE TJ, BUSHNELL MC.**

MRI structural brain changes associated with sensory and emotional function in a rat model of long-term neuropathic pain/

Neuroimage. 2009 Sep;47(3):1007-14. doi: 10.1016/j.neuroimage.2009.05.068.

Epub 2009 Jun 1.

7. NEUROSCI.J, SEMINOWICZ.DA, WIDEMAN.TH, NASO.L, FALLATAH.S, WARE.MA, HATAMI-KHOROUSHAH.Z, JARZEM.P, BUSHNELL.MC, SHIR.Y, OUELLET.JA, STONE.LS.

Effective treatment of chronic low back pain in humans reverses abnormal brain anatomy and function.

2011 May 18;31(20):7540-50. doi: 10.1523/JNEUROSCI.5280-10.2011.

8. TAJERIAN.M, ALVARADO.S, MILLECAMPS.M, VACHON.P, CROSBY.C, BUSHNELL.MC, SZYF.M, STONE.LS.

Peripheral nerve injury is associated with chronic, reversible changes in global DNA methylation in the mouse prefrontal cortex.

PLoS One. 2013;8(1):e55259. doi: 10.1371/journal.pone.0055259. Epub 2013 Jan 28.

9. TURK.DC in Proceedings of the 8th World Congress on Pain, *IASP Press (1997)*

10. ELLIOTT.TE, RENIER. CM, PALCHER. JA.

Chronic pain, depression, and quality of life: correlations and predictive value of the SF-36.

Pain Med. 2003;4:331-9.

11. MANTYSELKA. P, KUMPUSALO. E, AHONEN. R, KUMPUSALO A, KAUKANEN J VIINAMAKI H, HALONENE P, TAKALA. J.

Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain.*2001;89:175-80.

12. SMITH.BH, ELLIOTT.AM, CHAMBERS.AW, SMITH.CW, HANNAFOLD.PC, PENNY.K.

The impact of chronic pain in the community. *Fam Pract.* 2001;18(3):292-9.

13. BREIVIK.H, COLLETT.B, VENTAFRIDDA.V, COHEN.R, GALLACHER.D.

Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment.

European Journal of Pain. 2006;10:287–333.

14. LE GOAZIOU.MF, GIRIER.P, MOREAU.A, JANDOT.M

Les patients et leur douleur chronique. *La Revue Exercer - Janvier / Février 2005 n°72 – 21*

15. HALFON.Y. L'hypnose comme thérapie comportementale et cognitive dans l'aide aux douloureux. *21.01.2013 site Institut Français d'Hypnose*

16. TAJFEL.P, GERCHE.S et HUAS.D. Société d'Etude et de Traitement de la Douleur, Versailles 2 Collège National des Généralistes Enseignants, Paris 3 Collège National des Généralistes Enseignants, Nanterre.

La douleur en médecine générale Point de vue du médecin de la douleur.

Douleur et Analgésie n°1, 2002

17. KEROUAC.M. La Métaphore Thérapeutique Et Ses Contes Etudes Ericksoniennes.

Édition Mkr North Hatley Canada/ 2000

18. BIOY.A, WOOD.C, CELESTIN-LHOPITEAU.I.

L'Aide mémoire d'Hypnose. Editions DUNOD /20108.

19. RAINVILLE.P. Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain 1999;82:159-71.*

20. RAINVILLE.P, HOFBAUER.R.K, BUSCHNELL.M.C, et al.

Hypnosis modulates activity in brainstructures involved in the regulation of consciousness.

Journal of Cognitive Neuroscience, 2002, 14:887-901.

21. MICHAUD.D. Manuel d'Hypnose pour les professions de santé. Editions Maloine, 2013

22. BENHAIEM.JM. La Douleur, des recommandations à la pratique - n°7 - Mars 2009,

www.institut-upsa-douleur.org

23. ELKINS.G, JENSEN.MP, PATTERSON.DR. Hypnotherapy for the management of chronic pain. *Int J Clin Exp Hypn. 2007 Jul;55(3):275-87.*

24. 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 DOI: 10.1002/ejp.545*

MOTS-CLES

Hypnose, douleur chronique, médecine générale

RESUME

HYPNOSE MEDICALE ET DOULEUR CHRONIQUE EN MEDECINE GENERALE

ETUDE D'UN CAS CLINIQUE

L'hypnose médicale est une pratique qui a maintenant fait ses preuves en terme d'efficacité concernant la prise en charge de la douleur chronique. De nombreuses études mettent en évidence une amélioration des différentes dimensions concernées, de la douleur en elle-même aux paramètres psycho-sociaux.

La prise en charge d'une patiente douloureuse chronique en cabinet de médecine générale soulève plusieurs questions quand à la pratique de l'hypnose médicale dans ce contexte. Lors de cette thérapie, je suis amené à utiliser différentes techniques, les séances et les entretiens sont l'occasion de relever les étapes, les avancées, les questions et les réponses proposées.

Ce travail permet d'objectiver les changements apportés par cette thérapie.

L'hypnose médicale permet une redéfinition de la pratique du soin en termes d'écoute, de communication, une prise en charge du patient dans sa globalité. Cette expérience renforce ma détermination à poursuivre dans cette voie afin d'améliorer ma pratique et intégrer l'hypnose à mon exercice de médecine générale de ville.