

LISTE DES ABREVIATIONS

ACR : American College of Rheumatology

CETD : Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

CHU : Centre Hospital-Universitaire

CIDN : Contrôle Inhibiteur Diffus Nociceptif

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNRD : Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur

FIQ : Fibromyalgia Impact Questionnaire

HAS : Hautes Autorités de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNL : Programmation Neuro Linguistique

RTMS : Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation

SS score: Symptom Severity scale score

TENS: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

WPI score: Widespread Pain Index score

REMERCIEMENTS

A Madame le docteur De Chauvigny :

Je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse et de m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de ce travail avec patience et pertinence. Soyez assurée de ma profonde gratitude pour votre gentillesse et pour vos conseils avisés.

A monsieur le Professeur Garnier :

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Vous avez fait preuve d'une belle réactivité dans vos réponses lors de nos échanges. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance pour cela et pour votre attention sur ce travail.

A monsieur le Professeur Verny et à madame le Professeur Baron :

Je suis très sensible à l'intérêt et au temps que vous avez accordés à ce travail en acceptant de faire partie du jury de thèse. Soyez assurés de ma sincère considération.

A l'ensemble des patientes qui ont accepté de participer à cette étude, de me donner de leur temps pour réaliser des entretiens et de partager leur ressenti sur l'hypnose et sur leur vécu de la fibromyalgie. Sans elles, ce travail n'aurait pu se faire. Qu'elles soient assurées de ma sincère reconnaissance.

Ce travail est dédié tout particulièrement :

A mes parents : Un énorme merci à tous les deux... pour tout ! Merci pour votre soutien, votre présence et votre amour tout au long de ma vie et de ces longues années d'études. Merci de m'avoir transmis vos valeurs pour me permettre de devenir la personne et le médecin que je suis aujourd'hui. Merci pour toutes vos attentions et aussi (surtout !) de m'avoir toujours supportée... dans tous les sens du terme ! Je vous aime.

A Sunil : pour ta sagesse, ta gentillesse, ton Amour, tes bons conseils et ta patience à chaque instant... Merci pour toute l'énergie que tu essayais vaillamment de me donner dans la réalisation de ce travail et enfin merci pour tous ces bons moments que l'on a partagés et pour tous ceux à venir.

A ma famille et tout spécialement à mes grands-parents : merci pour votre amour et de m'avoir transmis le respect de la vie et de l'être humain.

A tous mes amis :

Merci à tous, amis de Nantes, d'Angers, du Mans et d'ailleurs de m'avoir construite, d'avoir été et d'être là, toujours encourageants, sans jugement, dans les joies comme dans les épreuves, fidèles au poste! Merci de m'avoir permis de vivre plein de belles choses en dehors de médecine et de m'épanouir.

Un énorme merci à toi Hafida pour ton aide, ton soutien, ton sourire durant toutes ces années et pour toute l'énergie que tu m'as donnée pour la réalisation de ce travail. Hakima, ta grandeur d'âme et ta joie de vivre à toute épreuve ont été stimulantes durant ce travail! Emine, merci pour ton soutien, pour nos discussions interminables entre « persévérantes », pour ta sagesse et pour ton regard posé et apaisant sur le monde qui nous entoure. Anne-Solène, merci pour tous les bons moments passés ensemble, pour les cours intensifs de word qui m'ont fait gagner un temps précieux et pour le soutien mutuel dans l'adversité. Thuy, ta gentillesse et tous ces plans culinaires partagés durant la réalisation de cette thèse m'ont rechargé les batteries en énergie à chaque fois ! Joaquin et Marielle, merci pour votre immense gentillesse, Mélissa, pour ton dynamisme, ton écoute attentive et tous ces bons moments partagés, Claire pour toutes ces belles valeurs que tu véhicules et pour ton regard sur le monde. Elodie et Caro, votre douce présence et vos encouragements n'ont pas de prix ! Il m'est impossible de vous nommer tous ici mais sachez que tous, amis du lycée, amis des bancs de la faculté ou de l'internat, amis du Mans occupez une place précieuse dans mon cœur !

A tous ces médecins rencontrés durant mon cursus, à mes maîtres de stage, à ceux que j'ai remplacés, qui ont marqué ma formation par leur expérience et leurs qualités humaines et spécialement au Docteur Jean Becchio pour cette formation passionnante en hypnose.

PLAN

INTRODUCTION

THEORIE

Hypnose

Douleur chronique

Fibromyalgie

METHODOLOGIE

Problématique

Présentation de la démarche

RESULTATS

Constitution du corpus

Passation des entretiens

Profil des personnes interrogées

Notions sur la fibromyalgie ressortant des entretiens

Apports de l'hypnose pour les patientes

Expérience de l'hypnose

Représentation de l'hypnose et intégration

ANALYSE DES RESULTATS

Expérience de l'hypnose

DISCUSSION

Discussion des résultats

Les biais

Ouvertures et perspectives

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

I. Introduction

L'idée de cette étude est partie de deux constats : d'une part le désarroi de certains médecins et des patients fibromyalgiques eux-mêmes face à cette maladie qu'est la fibromyalgie, et d'autre part le constat de l'efficacité de l'hypnose thérapeutique dans de multiples indications tant somatiques que psychologiques. Mettre en évidence que l'hypnose pourrait être bénéfique à long terme pour les patients fibromyalgiques permettrait aux médecins de pouvoir proposer une alternative non médicamenteuse, sans effet secondaire et efficace d'où une meilleure prise en charge de cette maladie et un apaisement des patients.

La fibromyalgie représente un véritable problème de santé publique du fait de sa fréquence, des situations de handicap qui en découlent et de son coût. Malheureusement, cette pathologie est encore assez mal connue et reste controversée (tant sur le plan de son existence- même par certains que sur le plan diagnostique, thérapeutique, physiopathologique et étiologique).

La fibromyalgie pourrait se définir par un abaissement du seuil douloureux chez les patients atteints, c'est-à-dire qu'une stimulation parfaitement indolore pour le reste de la population sera perçue comme douloureuse voire insupportable par les patients fibromyalgiques. Il s'agit donc d'une maladie liée à la perception d'un stimulus et à l'intégration de l'information qui se font de façon différente par rapport au reste de la population. Ceci confère un caractère particulier et subjectif à cette maladie. L'examen clinique est donc pauvre et ne trouve aucune explication concrète aux différents symptômes dont se plaint le patient. L'état actuel des connaissances en la matière est tel qu'aucun dosage biologique ni aucune imagerie ne peut permettre d'affirmer ce diagnostic. De plus, aucun protocole thérapeutique n'est clairement établi concernant sa prise en charge et bien souvent les traitements médicamenteux usuels sont inefficaces sur les symptômes des patients.

En médecine générale, les patients se présentant comme étant « fibromyalgiques » consultent régulièrement avec des plaintes douloureuses multiples et diffuses ainsi qu'une asthénie importante et des troubles du sommeil. Les médecins se sentent bien souvent démunis face à leurs multiples plaintes car les divers traitements antalgiques ou symptomatiques qu'ils proposent sont souvent peu bénéfiques et mal tolérés. Les soignants peuvent avoir l'impression d'être mis en échec de façon répétée ou avoir un sentiment d'impuissance face à la souffrance de leurs patients du fait de l'inefficacité des thérapeutiques médicamenteuses conventionnelles. Le fait de se sentir démunis et incapables de les aider peut générer parfois un sentiment de frustration voire d'agacement face à ces patients en souffrance. Il peut alors s'en suivre un manque d'écoute de leurs plaintes et un désinvestissement dans leur prise en charge. Les patients, de leur côté, ne se sentent pas écoutés et vivent cette incompréhension du corps médical comme un désintérêt de leur vécu douloureux voire comme un abandon ou un mépris, ce qui majore encore leur détresse psychologique.

L'intensité de leurs douleurs est bien réelle, de même que leur fatigue ou leurs troubles du sommeil et ces symptômes génèrent une anxiété majeure chez ces patients qui craignent d'avoir une maladie grave telle qu'un cancer ou une maladie auto-immune non encore

étiquetée. Il existe donc un énorme contraste entre le ressenti des patients et la normalité de l'examen clinique et des différents examens complémentaires. Le fait qu'on leur dise souvent qu'ils n'ont pas une « vraie maladie » ou que, vu l'absence de lésion tissulaire décelable, le problème est uniquement d'ordre psychologique ou psychiatrique est inacceptable pour eux (Perrot, 2001). Néanmoins, si le soignant a une attitude d'écoute active et empathique de leurs plaintes corporelles et sensorielles, ces patients acceptent une rencontre avec un psychologue ou de tester les techniques à médiation corporelle proposées pour la prise en charge globale de leur souffrance.

Comme pour tout patient douloureux chronique, il est préférable pour la relation médecin-patient d'entendre tout d'abord leur plainte douloureuse, de pouvoir leur faire exprimer leurs attentes et de fixer des objectifs réalistes possibles et concrets afin d'obtenir une alliance thérapeutique (rapport d'orientation de l'HAS 2010). Leur proposer une technique à médiation corporelle, telle que l'hypnose thérapeutique, qui peut les soulager tant sur les douleurs que sur leur souffrance psychologique et qu'ils peuvent ensuite s'approprier, s'inscrit donc parfaitement dans le cadre de l'éducation thérapeutique rendant le patient acteur de sa propre prise en charge comme c'est proposé par l'HAS (recommandation d'éducation thérapeutique du patient de l'HAS 2014). Nombre de patients ont déjà entendu parler de l'hypnose thérapeutique et des opérations effectuées sous hypno-sédation. Par conséquent, la notion d'une efficacité éventuelle de cette technique sur leurs douleurs peut être facilement intégrée et acceptée.

Plusieurs études ont montré un résultat positif de l'hypnose sur la prise en charge de la douleur chronique (Stoebli, 2009 ; Grondahl, 2008 ; Elkins, 2007 ; Gillet, 2013). Sa pratique est d'ailleurs de plus en plus répandue dans les centres anti douleur proposant une prise en charge multidisciplinaire. L'hypnose permettrait à court et moyen terme une meilleure gestion des crises douloureuses, une diminution de l'anxiété des patients et une amélioration des stratégies d'adaptation du patient également appelées le « coping » du patient. Malheureusement, ces études restent trop rares, leur puissance est bien souvent faible du fait d'un nombre de patients trop restreint et elles sont non randomisées. De plus, l'absence de suivi à long terme ne permet pas de savoir s'il s'agit d'un soulagement durable ou non.

Cette étude qualitative a été réalisée pour recueillir et analyser le vécu des patients à distance de la découverte de l'hypnose. Ceci permet une évaluation des apports de cette technique à plus d'un an concernant les symptômes de la fibromyalgie, la qualité de vie des patients, leur consommation médicamenteuse et également la recherche d'une éventuelle intégration de la technique ou d'une adaptation différente face à la maladie ou « coping » en lien avec l'hypnose.

II. Théorie

En préliminaire de l'étude menée, cette partie théorique va apporter quelques éclaircissements sur les connaissances actuelles trouvées dans la littérature sur les thèmes de l'hypnose, des douleurs chroniques et sur la fibromyalgie. Des liens entre physiologie de l'hypnose et physiopathologie de la fibromyalgie vont ainsi être recherchés afin d'expliquer de façon scientifique une éventuelle efficacité de cette technique dans la prise en charge de cette pathologie.

A. Hypnose

Le terme d' « hypnose » génère dès qu'il est prononcé des interrogations diverses et variées chez la plupart des gens du fait de la part de mystère et d'inconnu qu'il véhicule.

Ce mot dérive du grec ancien « hypnoein » signifiant «endormir ». Contrairement à ce que l'épidémiologie du mot pourrait suggérer, l'hypnose n'est en rien comparable au sommeil. C'est probablement l'atténuation de la vigilance externe et la modification des réactions du patient lorsqu'il est en état d'hypnose qui provoquent la confusion entre hypnose et sommeil. Cette idée était également confortée par les amnésies spontanées observées à la sortie d'une séance d'hypnose. En fait, l'hypnose est un état d'hyperéveil, d'hyper-sensorialité et d'hyper-concentration comme nous allons le développer ultérieurement.

L'hypnose thérapeutique est une technique non médicamenteuse dans l'air du temps qui, après avoir été dénigrée durant plusieurs siècles par la communauté scientifique, est de plus en plus usitée à des fins thérapeutiques depuis une vingtaine d'années pour des indications diverses et variées. L'hypnose thérapeutique en tant que technique psychocorporelle permet une approche globale du patient.

1. Définition

L'hypnose est assez compliquée à définir puisqu'il s'agit d'un terme qui englobe à la fois un état de conscience particulier et à la fois la technique utilisée par un thérapeute pour permettre à une autre personne d'atteindre cet état.

Le terme d'hypnose englobe également l' « hypnose de cabaret » ou « hypnose spectacle » et l' « hypnose thérapeutique » ou « hypnose médicale », également appelée « hypnose éricksonienne ». Cette dernière sera bien entendu celle qui fera l'objet d'étude de ce travail.

Il va de soi que l'usage de l'hypnose cabaret ou celui de l'hypnose thérapeutique sont fort distincts tant dans le contexte d'utilisation que dans la manière de faire ou dans la finalité recherchée.

- L'hypnose spectacle

Elle a pour but d'amuser ou d'impressionner le public sans finalité propre pour la personne en état d'hypnose, si ce n'est de vivre une expérience nouvelle. Ce genre de présentation donne l'impression d'une prise de pouvoir par l'hypnotiseur et d'une perte de contrôle totale du sujet hypnotisé ce qui peut générer des réticences et des craintes vis-à-vis de l'hypnose. L'hypnose spectacle a néanmoins l'avantage de prouver les incroyables facultés de l'esprit humain et de l'inconscient et sa force de contrôle sur le corps ! On peut également y voir l'immensité insoupçonnée des possibles, tant physiques que psychiques de tout individu. Ceci peut être illustré, par exemple, par la capacité d'une personne hypnotisée à provoquer une contraction musculaire telle qu'elle peut garder la position horizontale avec un alignement parfait des pieds à la tête, entre deux dossiers de chaises éloignées, et ce malgré la pesanteur ! La « personne- planche » peut même supporter un poids supplémentaire au niveau du ventre sans que le corps ne fléchisse! Cette démonstration de force serait déjà impressionnante en soi si elle était réalisée par un sportif de haut niveau, gymnaste ou autre, mais par une personne lambda sans entraînement ni préparation physique particulière, juste grâce à son imagination et aux suggestions qu'elle est une planche, cela dépasse l'entendement! Ce petit exemple, bien que l'hypnose spectacle ne soit pas notre sujet d'étude, montre l'incroyable puissance de l'esprit humain et les capacités, conscientes ou non, que chacun a en soi!

- L'hypnose dite médicale ou thérapeutique

La définition proposée par the Executive Committee of the American Psychological Association est : « a procedure during which a health professional or researcher suggests that a patient or subject experience changes in sensations, perceptions, thoughts, or behavior », ce qui signifie : un processus durant lequel un professionnel de santé ou un chercheur suggère qu'un patient ou sujet ressente des changements de sensations, perceptions, pensées ou comportement.

Elle est utilisée comme son nom l'indique à des fins thérapeutiques dans un contexte de soins. Elle a pour but de soulager les patients face à une situation problématique particulière en les aidant à initier du changement dans leurs « sensations, perceptions, pensées ou comportement » et à utiliser leurs ressources propres. Elle fait appel aux capacités imaginatives et créatrices du patient.

Corps et psyché sont intriqués et forment un tout indissociable. La séparation dichotomique faite habituellement entre « les pathologies organiques ou somatiques » d'une part et « les pathologies psychologiques ou psychiatriques » d'autre part semble maintenant

totalelement désuète. En effet, il est évident que tout symptôme somatique a des retentissements plus ou moins importants au niveau émotionnel ou cognitivo- comportemental et inversement, toute émotion aura un retentissement corporel.

Ceci explique l'étendue actuelle des champs d'application de l'hypnose médicale : on peut utiliser l'hypnose pour aider un patient à perdre du poids, à se sevrer d'une addiction, pour traiter une dépression, des troubles obsessionnels compulsifs dits TOC, une phobie, un manque de confiance en soi, des crises d'angoisse, des troubles du sommeil, une anxiété... mais également en radiologie (notamment en radio-intervention ou pour réaliser des IRM fœtales car le fœtus bouge nettement moins lorsque sa mère est en état d'hypnose) ou encore pour soulager les douleurs aiguës (interventions chirurgicales sous hypno- sédation, accouchements...) ou chroniques (migraines, lombalgies, douleurs cancéreuses, fibromyalgies...). L'hypnose donne également de bons résultats pour les colopathies fonctionnelles, pour l'énurésie ou les troubles de la sexualité, ainsi que pour des pathologies dermatologiques (psoriasis par exemple) et même pour les maladies auto-immunes ou pour les allergies (asthme, eczéma...). En effet, la pratique de l'hypnose et de l'autohypnose permet de moduler l'expression lymphocytaire et donc les symptômes du patient dans ce genre de pathologies. Les indications de l'hypnose sont donc déjà très variées et vont probablement tendre à s'élargir encore dans les années à venir.

- La technique

L'hypnose, en tant que technique, est très simple d'utilisation. Le but est de permettre au patient d'entrer en état de transe hypnotique, état dans lequel il sera plus réceptif aux suggestions ce qui l'aidera à trouver des solutions à ses problèmes. L'hypnose thérapeutique est principalement basée sur des techniques de communication particulières tant au niveau du langage verbal que du langage non- verbal. Il s'agit de parler au patient avec un rythme d'élocution particulier qui accompagne la respiration du patient en utilisant un langage métaphorique et en glissant des suggestions positives. Il est surtout fondamental de se mettre en phase avec le patient au niveau corporel car la communication non- verbale est celle qui est le plus perçue et intégrée par l'esprit humain lors d'un échange. Par exemple, voir quelqu'un au visage triste et fermé dire qu'il va bien ne sera aucunement convaincant et laissera malgré les mots prononcés une impression de tristesse. On peut soit utiliser la technique d'hypnose conversationnelle sans préciser au patient qu'il s'agit d'hypnose, soit proposer réellement une séance d'hypnose plus classique avec un début et une fin plus marqués.

- l'état d'hypnose

La définition de l'hypnose proposée par Spiegel est : « la transe hypnotique est un état psychophysiologique de concentration élevée, attentive, réceptive et focalisée, accompagnée de la diminution correspondante de la conscience périphérique ». (Tiberge M)

L'hypnose est un état physiologique de conscience modifiée que chacun expérimente plusieurs fois par jour. C'est le cas, par exemple, lorsque l'on est absorbé dans une lecture ou dans un film ou alors quand soudain on se rend compte qu'on est déjà arrivé à destination lors d'un trajet en voiture passé perdu dans ses pensées. Dans ce genre de situation, l'esprit

est à la fois dans l'instant présent et dans le lieu présent et à la fois parti tellement ailleurs qu'on en a perdu toute notion du temps et de l'espace. C'est ce que l'on nomme la distorsion temporo-spatiale qui survient durant l'état de transe hypnotique.

C'est cet état de conscience hyperactive globale que l'on cherche à déclencher et à rendre plus utile et thérapeutique pour le patient en hypnose médicale. Par conséquent, tout le monde est « hypnotisable », s'il le souhaite, puisqu'il s'agit d'un état d'hyper-conscience naturel et physiologique. Néanmoins, certains patients refusent consciemment ou inconsciemment de se laisser entrer en état d'hypnose et de quitter leur état de veille habituel pour différentes raisons : manque de confiance dans le soignant, crainte du jugement du thérapeute, peurs de l'hypnose en soi, crainte de perdre le contrôle, appréhensions de faire ressurgir des événements passés douloureux ou de ce qu'ils pourraient découvrir sur eux-mêmes... Les causes de résistance sont multiples et bien que tout un chacun soit par nature hypnotisable, certaines études évoquent une hypnotisabilité différente d'un patient à l'autre. Pour que l'hypnose fonctionne, trois conditions doivent être remplies : le patient doit être motivé, collaborer et avoir confiance dans le soignant.

Les enfants, quant à eux, n'ayant pas tous les filtres, inhibitions et freins sociaux qui apparaissent au fur et à mesure que l'on se construit, ni les appréhensions propres aux adultes concernant l'imaginaire et l'inconscient, laissent libre cours à leur imagination et sont donc très réceptifs à l'hypnose. L'induction, qui est l'étape initiale d'une séance d'hypnose et qui permet d'aider la personne à entrer en état de transe, est particulièrement aisée avec les enfants car ils ont un imaginaire plus développé et une capacité à s'évader nettement plus élevée. Ils vivent alors cette nouvelle expérience d'hypnose thérapeutique comme un jeu.

En état d'hypnose ou de transe hypnotique, des connexions inhabituelles se font entre différentes aires du cerveau ; ceci explique pourquoi le patient vit une expérience particulière où il a l'impression d'avoir littéralement « vécu » ce que son imaginaire lui a proposé comme images et sensations diverses, contrairement à la simple remémoration d'un souvenir en état de veille habituel.

L'hypnose thérapeutique est une expérience relationnelle entre un patient et son thérapeute mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques nécessitant une confiance importante du patient envers le soignant qui pratique l'hypnose. Dans cet état de conscience modifiée, la vigilance et l'esprit critique ou rationnel du patient diminuent, d'où une plus grande réceptivité aux suggestions. Par conséquent, l'hypnose extrait le patient de ses limitations acquises, de sa pensée logique et rationnelle pour mobiliser ses ressources inconscientes. Lorsqu'il est en transe, le patient laisse son imaginaire et son inconscient travailler sans s'autocensurer dans ses pensées, contrairement à ce qu'il ferait en état de veille normale.

Lors du processus hypnotique, le vécu de cette expérience peut inclure une modification de la représentation du corps et du soi du fait d'une perception différente des sensations corporelles, d'une perte d'orientation temporo-spatiale, d'une pause dans le contrôle de ses comportements, de ses pensées et d'une motricité vécue comme automatique

(catalepsie, lévitation, myoclonies...). Le patient devient alors simultanément acteur et observateur de lui-même et de l'expérience qu'il vit d'où une impression subjective forte de dissociation.

Ce processus hypnotique, grâce à cette dissociation, permet au sujet de prendre plus de distance par rapport à ses problèmes, de modifier sa perception des choses et parfois sa façon de penser d'une façon générale. L'intérêt est que le patient va chercher ses propres solutions face à un problème donné grâce à l'usage de ses propres ressources. Le rôle du thérapeute est d'amener le patient à contourner ses blocages, à retrouver ses capacités d'adaptation face aux difficultés qu'il rencontre afin d'y faire face de façon nouvelle et adaptée. L'hypnose induit donc une réponse émotionnelle correctrice. Pour ce faire, le thérapeute va simplement accompagner ou guider le patient pendant la séance et l'aider à prendre conscience de ses capacités grâce à un langage hypnotique riche en métaphores. Ceci va mobiliser les facultés créatrices et inventives du patient qui fait librement des associations d'idées. Il ne s'agit pas simplement « d'obéir » à des suggestions extérieures mais de s'approprier celles qui lui semblent correctes ainsi que d'aller puiser dans ses propres ressources pour générer le changement. Tout changement observable, que ce soit au niveau du ressenti sensitif ou émotionnel ou au niveau comportemental, même minime, sera perçu et repéré par le patient comme déjà une réponse aux séances d'hypnose et il pourra ensuite faire croître ce changement en fonction de ses propres besoins.

La définition de l'hypnose proposée par le Dr Patrick Bellet, conférencier international et formateur sur l'hypnose, résume bien tout ce qui précède : « L'hypnose est un mode de communication privilégié où le sujet répond au thérapeute, certes, mais surtout à lui-même. Dans le traitement, l'élément actif c'est aussi le patient ; le médecin met à sa disposition l'aide d'un savoir-faire et non une science infuse ou une certitude de ce qui serait bon pour lui. Le patient n'est alors plus dépendant du médecin car, ayant activé des ressources qui lui appartiennent, il peut d'autant mieux poursuivre par lui-même le changement. Nous ne cherchons pas la guérison, vaste débat, mais le changement. Faire en sorte qu'un patient figé dans une pathologie puisse en sortir en participant à son propre traitement. La relation thérapeutique en hypnose est une collaboration entre le patient et son médecin dans laquelle le langage verbal et non-verbal occupe la place centrale. » (Bellet)

L'hypnose fait partie du groupe des thérapies brèves, du fait d'un nombre restreint de séances (une à dix séances en général pour un problème donné) en opposition aux psychothérapies psychanalytiques qui demandent souvent un travail et un investissement personnel importants et longs (bien souvent sur plusieurs années). L'hypnose en elle-même n'est pas une thérapie, elle n'est qu'un outil, au même titre qu'un médicament ou une séance de psychothérapie, que peut proposer le thérapeute en fonction des situations et des demandes des patients désireux de changement. Le but des thérapies brèves, et de l'hypnose en particulier, n'est pas d'explorer les causes du problème ni de remuer des événements douloureux du passé du patient mais de permettre au patient de résoudre des problèmes relationnels ou émotionnels dans le moment présent. Il ne s'agit pas de chercher

systématiquement le « pourquoi » des symptômes mais plutôt que le patient apprenne comment mieux y faire face dans le présent et dans l'avenir.

L'un des grands intérêts de cet outil est que le patient peut s'approprier la technique grâce à l'apprentissage de l'autohypnose. Le fait de faire de l'autohypnose est souvent une démarche peu simple. Plus le patient s'entraîne de façon régulière à l'autohypnose, plus sa pratique en est facilitée. L'autohypnose rend de grands services car elle permet au patient d'être acteur et également de s'autonomiser par rapport à ses symptômes, d'où l'encouragement de cette pratique par les soignants.

2. Un peu d'histoire

L'usage de l'hypnose à visée thérapeutique remonte à la nuit des temps, on en trouve trace dans les écrits sumériens datant de -4000 avant notre ère. Par ailleurs, elle a toujours été très usitée dans de nombreuses cultures où médecine traditionnelle et chamanisme sont reconnus. Dans nos sociétés occidentales, elle a été fortement décriée durant plusieurs siècles, au départ vue comme une pratique satanique puis comme une effrayante manipulation avec perte totale de contrôle pour la personne hypnotisée. Ceci est en partie lié au fait qu'elle fut remplacée au 6^{ème} siècle environ par des pratiques religieuses. D'ailleurs sous l'inquisition, toute personne pratiquant l'hypnose se rendait coupable de conjurer Satan d'où l'abandon logique de cette méthode qui a alors sombré dans l'oubli.

Quelques grandes lignes de l'histoire de l'hypnose thérapeutiques seront exposées dans les paragraphes qui suivent à partir du XVIIIème siècle, date généralement admise comme point de départ de son histoire officielle. Comme le disait Antoine de Saint-Exupéry *"La vérité de demain se nourrit de l'erreur d'hier, et les contradictions à surmonter sont le terreau même de notre croissance."* Malheureusement, il n'a jamais été simple de changer les mentalités et cela a toujours demandé beaucoup de temps.

Les premières études expérimentales de l'hypnose ont eu lieu avec Franz Mesmer, médecin autrichien du XVIIIème siècle ayant vécu à Paris. Il a bouleversé la façon de penser en proposant une explication matérialiste à des phénomènes jusque là considérés comme surnaturels ou comme supercherie. Il a inventé la théorie du « magnétisme animal » pour expliquer des phénomènes de guérison constatés chez des personnes en contact avec ce qu'il appelait un « fluide magnétique ». Le roi de France, intrigué par sa théorie, a envoyé une commission de scientifiques pour la vérifier. La conclusion de leur rapport a été que : ce fluide n'existait pas ; le soulagement des maux des patients n'était en lien qu'avec les suggestions du thérapeute, l'imagination des patients et également avec les attentes du sujet qui jouent un rôle déterminant! Il est amusant de constater que cette étude sur l'hypnose, technique toujours controversée, est la première réelle étude scientifique avec groupe témoin de l'histoire de la médecine. De plus, le résultat concluait bien en l'efficacité réelle de la technique pour des maladies diverses et notamment son effet analgésique mais démentait le fait qu'il s'agisse d'un fluide magnétique. Malheureusement, plutôt que de s'intéresser aux bons résultats

thérapeutiques sur les patients et de chercher à améliorer ou à comprendre cette technique efficace, basée sur des suggestions, le phénomène de l'hypnose (qui ne portait pas encore ce nom) a été relégué aux oubliettes durant encore longtemps...

Le terme d'hypnose a été inventé en 1820 (par Etienne Félix d'Hévin de Cuvilliers) et peut prêter à confusion avec un état de sommeil ou avec du somnambulisme du fait de son étymologie signifiant « s'endormir » en grec ancien.

Après Mesmer, de nombreux médecins s'intéressèrent à cette technique thérapeutique prometteuse. Deux écoles se sont notamment opposées quant au concept de l'hypnose au XIXème siècle : l'école de la Salpêtrière (Paris) de Charcot selon qui l'hypnose était un processus pathologique s'assimilant à l'hystérie et l'école de Nancy où Bernheim soutenait au contraire que l'hypnose était un processus de suggestion physiologique, et non pathologique, un état de conscience qui pouvait apparaître chez tout un chacun.

C'est finalement grâce à l'apport des neurosciences au XXème siècle que cette deuxième théorie sera confirmée et que l'hypnose sera reconnue comme un état spécifique de conscience, différente de l'état de veille normal et également du sommeil.

Il est intéressant de noter que la découverte de l'hypnose coïncide avec la celle des anesthésiques médicamenteux (morphiniques, curare...) or ces deux moyens d'obtenir une analgésie et une sédation efficaces en vue d'une chirurgie ont été autant controversés l'un que l'autre et ont dû faire face à d'énormes résistances du corps médical du fait de la conception de l'époque de la douleur et de l'action mystérieuse de ces techniques sur la conscience... (Michaux, 2008)

Freud, s'est inspiré du travail de Charcot sur l'hypnose et l'hystérie pour développer la notion toujours actuelle de « l'inconscient ». Pour lui, l'inconscient était plutôt négatif avec beaucoup de mort ou de traumatismes enfouis. L'hypnose le fascinait mais il ne parvenait pas à comprendre comment cela pouvait fonctionner. En effet, il pensait que par le fait de faire remonter tous ces traumatismes de l'inconscient à la conscience, les comportements inadaptés et dérangeants qui y sont liés allaient disparaître d'eux-mêmes : c'est la naissance de la psychanalyse.

Hélas, force est de constater que le simple fait d'être conscient de la cause ou de l'origine d'un problème ne permet pas forcément de le résoudre, ni de se sentir mieux ou de modifier ses comportements...

Durant le XXème siècle, la technique de l'hypnose thérapeutique a de nouveau été écartée des techniques de soins en grande partie du fait du lobbying pharmaceutique de ce siècle. C'est parallèlement le siècle où les découvertes scientifiques ont le plus permis d'avancer dans sa connaissance. En effet, de nombreux psychologues et neurologues ont réalisé des travaux expérimentaux sur l'hypnose pour répondre à la question cruciale: les sujets sous hypnose sont-ils ou non dans un état neurophysiologique particulier ?

L'EEG a permis en 1949 de certifier que l'hypnose est un état distinct du sommeil et ce n'est qu'en 1993 grâce à l'imagerie fonctionnelle que l'hypnose a pu être définie avec certitude comme un état de conscience modifiée.

Avant ces découvertes permettant de statuer sur l'état d'hypnose, dans les années 1970, Milton Erickson (1901-1980), psychiatre et psychologue américain considéré comme le père des thérapies brèves, a beaucoup étudié et publié sur l'hypnose et sur son effet conséquent sur ce qu'il a appelé le «cerveau émotionnel». La preuve de l'existence de ce centre des émotions est arrivée par la suite, là encore, avec le développement de l'imagerie fonctionnelle et de la neurobiologie : il s'agit du système limbique. Ce cerveau émotionnel « animal », contrairement à ce que pensait Freud, est positif et uniquement préoccupé par la survie de notre corps. L'approche innovante d'Erickson sur l'inconscient et sur l'hypnose en psychothérapie, repose sur la certitude que le patient possède en lui les ressources pour répondre de manière appropriée aux situations nouvelles qu'il rencontre. Selon lui, le but du thérapeute est seulement d'aider le patient à apprendre à utiliser ses ressources. Il a également beaucoup étudié le langage corporel dit non-verbal qui est la base de toute communication et a publié de nombreux articles sur l'importance de ce langage non-verbal pour l'induction de l'hypnose. Il est considéré comme le père de l'hypnose thérapeutique qui porte d'ailleurs également le nom d'hypnose éricksonienne.

Le regain d'intérêt depuis les années 90 pour l'hypnose est lié aux avancées en neurobiologie et en neurosciences, et notamment en neuro-imagerie fonctionnelle, qui ont prouvé l'existence réelle de cet état de conscience particulier. Parallèlement, les grands scandales sanitaires (thalidomide, distilbène et médiateur par exemple) ont ébranlé la confiance des patients dans la médecine classique et ont ainsi fait le lit à une modification des mentalités de la population. Elle s'est alors tournée vers toutes les techniques de soin non médicamenteuses alternatives (dont l'hypnose fait partie), plus traditionnelles, plus naturelles et qui reposent sur une approche plus globale des patients. Pour preuve de ce franc succès, 30 à 60% des français auraient déjà eu recours à des thérapies complémentaires. La sophrologie, au même titre que certaines techniques de relaxation, ainsi que la programmation neurolinguistique (PNL) sont des méthodes récentes, issues de l'hypnose qui se sont développées à partir des années 60-70. Les thérapies brèves, dont l'hypnose bien sûr, permettent de modifier les comportements négatifs figés au niveau du cerveau émotionnel et ont pour but de rendre le patient autonome, libre de ses choix. Ces thérapies ne prétendent pas se substituer à la médecine conventionnelle mais y être complémentaires.

L'hypnose thérapeutique est aujourd'hui intégrée dans de nombreux services hospitaliers ou dans les cliniques (psychiatrie, chirurgie, médecine, gynécologie, pédiatrie) et sa pratique en libéral est également très répandue. L'hypnose est actuellement enseignée aux soignants, et aux médecins notamment, via des diplômes universitaires dans diverses facultés de médecine.

Malgré son efficacité reconnue de longue date, il a fallu plusieurs siècles avant qu'elle ne soit finalement acceptée et intégrée dans des parcours de soins conventionnels et elle reste malgré tout controversée encore aujourd'hui par certains médecins.

3. Etapes d'une séance d'hypnose thérapeutique

Une séance d'hypnose se déroule en plusieurs étapes :

- la phase pré-hypnotique
- l'induction
- la transe hypnotique ou travail thérapeutique
- le sortie de transe ou terminaison de la séance
- la phase post-hypnotique

Chaque phase a une durée variable en fonction du patient et également du thérapeute. La durée totale d'une séance varie entre 15 minutes et 1 heure.

La phase pré-hypnotique, tout aussi importante que le reste de la séance, est le moment de la prise de contact entre le thérapeute et le patient. Le thérapeute se met en phase avec le patient tant au niveau de la communication non-verbale que verbale, ce qui permet à la relation de confiance médecin-patient de s'installer. Lors de la première séance, le soignant explore les représentations du patient sur l'hypnose, explique brièvement ce qu'est l'hypnose et comment se déroule une séance. Le patient expose son problème, ses interrogations sur l'hypnose, ses motivations, ses doutes, ses attentes... Par ailleurs, le thérapeute recherche les ressources du patient et fait des recadrages pour montrer un autre point de vue au patient. Cela consiste par exemple à lui faire prendre conscience que son symptôme n'est pas présent en continu, qu'il va mieux par moment. Le thérapeute le félicite également pour les efforts qu'il a déjà entrepris pour aller mieux. Durant cette phase préliminaire à la séance, il est important de fixer un but à la séance qui doit consister en un objectif modeste de changement concret, réalisable et observable par le patient dans les jours et semaines qui suivent la séance. Ceci lui permettra de constater par lui-même l'efficacité de cette technique. En effet, toute modification observée dans les jours suivants sera la preuve pour le patient du changement initié et donc d'une remise en mouvement de sa vie. De plus, quelle que soit la complexité de la situation critique où se trouve le patient, tout changement, même minime, dans son comportement pourra provoquer une multitude d'autres petits changements autour de lui (réactions différentes de son environnement familial ou professionnel, meilleur vécu d'une situation problématique...). Cette phase pré-hypnotique est fondamentale pour le bon déroulement de la suite car elle permet au thérapeute de faire connaissance avec le patient et donc de pouvoir s'adapter à son univers durant le travail thérapeutique.

La phase de l'induction est l'étape qui permet le passage de l'état de veille normale à l'état d'hyper conscience et d'hyper-sensorialité qu'est la transe hypnotique. Pour ce faire, plusieurs techniques sont possibles : le thérapeute peut soit demander au patient de fermer les yeux et de se concentrer sur différentes sensations qu'il peut ressentir (auditives, corporelles, respiration...), soit lui demander de fixer un point précis de son champ visuel et de se concentrer sur ce point, soit lui proposer une petite histoire mettant en jeu l'imaginaire du patient... Les techniques sont multiples mais toutes consistent en une focalisation de l'attention sur quelque chose. Chaque thérapeute pratiquant l'hypnose privilégie celle avec laquelle il se sent le plus à l'aise ou alors celle qui lui semble la plus adaptée à un moment donné avec un patient donné. Une séance d'hypnose peut se dérouler soit en position assise (le plus souvent), soit en position allongée lorsque l'état de santé du patient l'exige.

Durant cette phase d'induction, le thérapeute va parler au patient avec un rythme particulier, notamment sur le temps expiratoire du patient en l'aidant à fixer son attention sur une sensation précise. Tout en parlant au patient, le thérapeute va l'observer attentivement pour remarquer l'apparition des signes spécifiques de transe. Certaines manifestations physiques peuvent en effet être visibles par un observateur externe : signes de relaxation, non spécifiques de la transe hypnotique, tels que diminution du tonus musculaire, diminution de la mobilité corporelle, ralentissement du pouls et de la respiration, mydriase... et indices spécifiques de la transe tels que mouvements involontaires de la tête, fasciculations musculaires très fréquentes au niveau des paupières, déglutition « au ralenti », mouvements horizontaux irréguliers des globes oculaires ne pouvant être mimés volontairement à l'état d'éveil normal, ralentissement idéo-moteur avec augmentation des temps de latences pour les réponses, apparition d'une motricité automatique comme la lévitation par exemple, catalepsie, distorsion temporelle, réponses psychosomatiques ... Certaines sensations corporelles sont ressenties par le patient et sont également des signes de transe (illusions ou hallucinations, analgésie ou anesthésie, dissociation, hypermnésie ou amnésie...). On peut considérer à partir de trois signes repérés que le patient est en état de transe et l'exercice réel d'hypnose peut alors débuter. Cette phase d'induction peut durer de quelques secondes à quelques minutes en fonction du patient, de ses éventuelles résistances à lâcher prise, de la technique utilisée, de l'expérience du thérapeute... (Melchior, 2008)

Durant la transe hypnotique, le thérapeute continue à parler au patient et lui propose, en fonction de l'exercice choisi, soit d'aller dans un lieu de sécurité, soit de modifier une sensation désagréable, soit de provoquer une anesthésie, soit de revivre un souvenir de découverte ou alors il peut également le guider dans une histoire particulière de son choix. Le fait que la personne hypnotisée ait accepté de lâcher prise, et donc de laisser ses inhibitions habituelles de côté, la rend beaucoup plus réceptive aux suggestions. Ces dernières, orientées vers l'amélioration de l'état du patient, sont formulées grâce à un vocabulaire positif et d'encouragement ou métaphorique voire poétique si le thérapeute s'en sent capable. (Vallée, 1997). Le thérapeute peut soit parler constamment, soit laisser le patient travailler seul grâce à des moments de silence. Par contre, il reste tout au long de la séance très attentif au patient, à ce qu'il vit et à tout ce que celui-ci peut exprimer corporellement, qu'il s'agisse de mouvements involontaires (secousse d'un membre, lévitation d'une main...) ou d'émotions

(sourire, crispation du visage, larmes...), le but étant d'accompagner au mieux le patient dans ce qu'il vit et ressent. En effet, si le patient se met à pleurer et que le thérapeute lui dit de profiter de ce qu'il vit, le vécu du patient risque d'être assez désagréable. Par contre, si le thérapeute l'accompagne dans cette émotion qu'il traverse en la valorisant, en précisant qu'il est important de laisser cette émotion s'exprimer, qu'elle a une durée déterminée, qu'elle va en laisser une autre s'installer, ou tout autre encouragement dans ce sens, le ressenti du patient sera tout autre et il se sera senti compris et « écouté » sans même avoir parlé! Pendant la transe hypnotique, on vit l'évènement sur le plan émotionnel comme s'il était vrai et non pas simplement comme si l'on y pensait ou qu'on se le remémorait.

Une séance d'hypnose est une occasion pour le thérapeute de faire preuve d'imagination, de créativité et d'une adaptation constante. Le locuteur doit accompagner la personne en état de transe dans son propre univers pour y trouver ses propres ressources et compétences sachant que cet univers particulier lui est parfois totalement inconnu (par exemple la vie de chantier pour un médecin ou découverte d'une contrée lointaine inconnue du thérapeute...). Chacun possède en soi des ressources de bien-être et une faculté à trouver refuge dans son imaginaire. Au thérapeute, par ses suggestions d'aider le patient à prendre conscience de ses capacités.

Durant la transe, le patient peut, s'il le souhaite, communiquer avec le thérapeute sur ce qu'il vit, soit en parlant, soit grâce à un code de langage que le thérapeute peut lui proposer (lever un doigt pour dire oui ou non...). Ceci montre combien l'image d'une prise de pouvoir véhiculée par l'hypnose spectacle est erronée.

Cette étape de la transe hypnotique dure entre un quart d'heure et trois quarts d'heure voire plus.

Lorsque le thérapeute le souhaite, il peut proposer au patient d'ouvrir les yeux, de revenir dans le cabinet et dans l'instant présent avec lui et ce dernier le fera quand il le souhaitera. C'est ce que l'on appelle la terminaison ou sortie de transe. Le patient quitte sa rêverie en s'étirant la plupart du temps, encore un peu groggy de l'expérience qu'il vient de vivre et il reprend contact avec la réalité (se touche le visage, les cheveux, regarde autour de lui...).

Durant la phase post hypnotique, phase qui débute au moment du réveil hypnotique et qui marque la fin de la consultation, le patient peut raconter son expérience s'il le souhaite. Il peut avoir eu l'impression d'entendre constamment le thérapeute ou au contraire de n'avoir rien entendu de ce qu'il lui disait. Certains relatent « être complètement partis » dans leurs pensées et dans leur imaginaire pendant la séance ou au contraire avoir eu l'impression de constants allers-retours entre l'ici- maintenant et l'ailleurs- à un autre moment. Ceci ne préjuge en rien de l'efficacité de la séance ni de l'importance du travail effectué par le patient. Ils peuvent également présenter une amnésie de l'expérience qu'ils viennent de vivre et juste en ressentir les bienfaits (détente, repos, impression d'être ressourcé ou simplement un état de bien-être par exemple). Le thérapeute continue de lui suggérer de pratiquer l'autohypnose car bien que sa pratique puisse être fastidieuse, un entraînement régulier à l'utiliser apporte des bénéfices importants pour le patient.

Le nombre de séances d'hypnose nécessaire varie en fonction du problème du patient, de sa motivation, de sa capacité à lâcher prise... Une seule séance peut suffire mais 3 à 5 séances sont souvent nécessaires (les thérapies les plus longues n'excèdent pas 20 séances).

4. Physiologie de l'hypnose- apports des neurosciences

L'existence réelle de l'hypnose en tant qu'état de conscience modifiée n'a pu être prouvée que grâce à l'arrivée des neurosciences (Faymonville, 2008). Auparavant, elle était très controversée, tantôt qualifiée de sommeil ou de somnambulisme, tantôt pensée n'être qu'une simulation par les patients, jugés hystériques. Les neurosciences ont enfin permis de répondre à cette grande question et de statuer : l'état d'hypnose existe réellement, ce n'est ni un état de sommeil, ni un état de veille habituelle et la notion de simulation est donc également erronée. L'hypnose est donc à part entière un état de conscience particulier.

L'électroencéphalogramme (EEG), enregistrement de l'activité électrique du cerveau, a été la première technique de neurosciences permettant d'étudier l'hypnose. Cela a simplement permis de prouver dès 1949 qu'il ne s'agissait pas d'un état de sommeil. En effet, aucune onde delta (ondes spécifiques du sommeil), n'est présente sur le tracé. Le tracé est un tracé de veille normale avec également la présence d'ondes Béta que l'on retrouve dans les états de concentration intense et Théta que l'on trouve chez des patients calmes. Par contre, les scientifiques ont été très déçus de constater qu'aucune onde spécifique n'apparaissait durant la transe hypnotique et que le fonctionnement du cerveau n'était pas plus important dans l'hémisphère cérébral droit, supposé être le siège du fonctionnement imaginaire, qu'en état de veille habituel. L'EEG n'a donc pas permis de trancher entre simulation et état de conscience particulier pour l'hypnose.

L'arrivée de l'imagerie fonctionnelle, notamment de l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) et de la tomographie par émission de positons (TEP), a révolutionné l'étude du cerveau, la connaissance de son fonctionnement et la compréhension des zones impliquées dans telle ou telle émotion ou comportement. Cela a permis l'étude des différents états de conscience (sommeil, veille) ainsi que de l'hypnose. Ceci a permis de statuer sur le fait que l'hypnose est un état de conscience modifiée. Il s'agit d'un processus actif qui nécessite une motivation personnelle et également une confiance avec l'hypnothérapeute.

La TEP est une technique récente d'imagerie médicale découverte dès 1950 et dont l'utilisation s'est répandue à partir des années 80. Cette méthode permet de mesurer en trois dimensions une activité métabolique ou moléculaire d'un organe grâce à des traceurs faiblement radioactifs de métabolisme connu. A partir des années 2000, la TEP est doublée avec un scanner : c'est le TEP-scan; les images obtenues grâce à ces deux techniques combinées sont directement couplées par le logiciel afin d'obtenir une précision d'image nettement supérieure.

Le TEP scan reflète la consommation énergétique cérébrale et est donc très liée à l'activité cérébrale proprement dite. Cela permet d'étudier en temps réel l'activité des différentes zones neuronales du cerveau et donc d'observer la fonction d'une région du cerveau (émotion, action, douleur...)

L'IRM fonctionnelle permet de visualiser de manière indirecte l'activité cérébrale grâce aux variations, même minimales, d'irrigation sanguine dans les zones cérébrales concernées par telle ou telle tâche. Ceci entraîne de minimales variations de concentration en désoxyhémoglobine qui sont repérées en IRM du fait de minimales perturbations du champ magnétique. Ceci permet de réaliser en temps réel une cartographie d'activation du cerveau d'où la possibilité de faire de la *connectivité fonctionnelle*, c'est-à-dire de faire un lien entre différentes zones cérébrales utilisées lors d'une même tâche.

L'hypnose a donc également été étudiée en neuro-imagerie fonctionnelle depuis les années 90. Ces études ont permis d'établir des liens entre la neuro-anatomie, la phénoménologie observée sous hypnose et l'étude de la conscience. La connectivité fonctionnelle du cerveau sous hypnose est modifiée par rapport à l'état de veille habituel : certaines zones habituellement actives en état de veille normale sont désactivées, d'autres habituellement inactives sont activées et des aires cérébrales habituellement non connectées le sont en état d'hypnose. Ce fonctionnement plus « fluide » du cerveau sous hypnose peut aboutir au soulagement d'une douleur, au traitement d'un traumatisme psychologique, à une diminution de l'anxiété.... Certaines des zones activées sous hypnose seraient les mêmes que sous morphine.

Le docteur Marie-Elisabeth Faymonville, anesthésiste de renommée exerçant à Liège (Belgique), au départ pionnière puis devenue experte dans la pratique de l'hypnosédation, a prouvé pour la première fois en 1993 que l'hypnose est un état neurophysiologique à part entière qui correspond un état modifié de conscience. En effet, l'activité cérébrale est tout à fait distincte chez des sujets en état de veille à qui l'on raconte un de leurs souvenirs (rémémoration autobiographique), qui ne pensent à rien ou chez des sujets en état d'hypnose à qui l'on raconte un souvenir après induction (avec observation des signes de transe, EEG concomitant pour prouver que le sujet ne dort pas et enregistrement de la détente musculaire au menton). Lorsque le sujet se remémore un souvenir, il active surtout les lobes temporaux droit et gauche (zones non actives lorsqu'il ne pense à rien ni en état hypnotique). Par contre, sous hypnose, le précunéus (lobe pariétal) et le cortex cingulaire postérieur sont désactivés, comme dans certaines phases du sommeil ou dans les états végétatifs. Ces zones sont très actives en état de veille normale même lorsque le sujet ne pense à rien. De plus, le sujet active un réseau de neurones incluant la région occipitale (vision), pariétale (sensations) et précentrale (motricité) comme lors d'un moment vu, senti et lors d'une action réalisée alors que le patient est statique. Ceci coïncide avec le ressenti rapporté par les patients après les séances d'hypnose d'avoir « revécu » un événement agréable et non simplement de s'en être souvenu. (Maquet P et Al, 1999, Faymonville 2008)

En 1998, à Waterloo (Canada) le Professeur Szechtman et son équipe prouve l'activation du cortex cingulaire antérieur (aire 32 de la région de Brodman) lors de l'écoute

d'un morceau ou lorsque le sujet se rappelle de ce morceau sous hypnose tandis que lors du souvenir du morceau en état de veille normale cette zone ne s'active pas. (Szechtman et Al, 1998).

En 2000, l'équipe de Kosslyn (Harvard, USA), prouve la possibilité de moduler la perception des couleurs grâce à des suggestions en ce sens sous hypnose : les deux zones occipitales s'activant lors de la vision des couleurs peuvent s'inactiver à la demande sous hypnose, ce qui n'est pas possible en état de veille habituelle. (Kosslyn et Al, 2000)

Le Dr Bruno Suarez et son équipe, ont montré en IRMf que lorsque des sujets volontaires effectuaient les mouvements d'aile des oiseaux, seules les aires cérébrales du mouvement sont activées tandis que sous hypnose, en plus de ces aires du mouvement, d'autres zones cérébrales sont activées telles que les zones cérébrales liées à la représentation de soi, à l'imagination, à la vision... On constate un hypercontrôle du mouvement (augmenté par rapport à l'état de veille normale) et la volonté d'agir est conservée. Le réseau des aires cérébrales qui interviennent dans la conscience de soi est très nettement activé sous hypnose tandis que le réseau mis en jeu dans la perception de l'environnement est inhibé.

En état d'hypnose, le mode par défaut du cerveau est inhibé. Ce mode par défaut est l'activité cérébrale spontanée, au repos lorsque l'on ne fait rien, dans les moments de rêverie par exemple. Il s'agit d'une activité intense qui persiste même pendant le sommeil et sous anesthésie générale : le cerveau ne s'arrête jamais! Pendant l'hypnose, ce mode par défaut diminue. (Mc Geown et Al, 2009)

Malgré toutes ces découvertes non exhaustives sur l'hypnose, les processus hypnotiques restent encore énigmatiques quant aux réels processus psychologiques et neurophysiologiques qui interviennent dans son action.

B. Douleur chronique

La douleur est définie par l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) comme **«une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage »**.

Cette définition prend bien en compte le caractère subjectif de la douleur, il s'agit d'un vécu, d'un phénomène perceptif et les réactions qu'elle déclenche sont variables d'un individu à l'autre et même chez un même individu. En effet, le seuil de tolérance à la douleur peut varier en fonction de l'état psychologique et des circonstances de vie. L'existence de la douleur est réelle dès qu'elle est décrite par un patient même en l'absence de substrat clinique. Ainsi tout patient se plaignant d'une douleur doit être cru et écouté par le soignant, c'est le préalable indispensable à une bonne prise en charge. Dans le cas contraire, il peut y avoir une impasse relationnelle totale et parfois irréversible. Le problème est que la douleur n'est pas un paramètre physique mesurable comme la tension ou la température. Ce préalable de croire le patient devrait notamment être appliqué pour les patients atteints de fibromyalgie mais ce

n'est malheureusement pas toujours le cas... En effet, l'absence de lésion tissulaire objective décelable, que ce soit cliniquement, biologiquement ou par imagerie, génère chez bon nombre de soignants un doute sur une éventuelle simulation par le patient.

On distingue la douleur aiguë et la douleur chronique qui sont deux entités bien distinctes.

La douleur aiguë est le symptôme d'une lésion et peut être considérée comme un système de protection de l'organisme agissant comme signal d'alarme d'une lésion ou d'un risque de lésion d'organe. Le but de la douleur aiguë est, par la réaction motrice induite, de supprimer la cause pour diminuer les conséquences lésionnelles.

La douleur chronique quant à elle est plus complexe à aborder car elle constitue une maladie à part entière et non un symptôme. La douleur chronique dure le plus souvent plus de six mois (parfois on considère même qu'elle devient chronique dès trois mois), elle répond mal aux traitements antalgiques usuels et induit une détérioration fonctionnelle et relationnelle d'où une altération de la qualité de vie du patient.

Le troisième plan de lutte contre la douleur (2006-2010), fixe comme objectif «l'amélioration des modalités de traitements médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité».

A ce sujet, il est précisé : « Le traitement médicamenteux ne constitue pas la seule réponse à la demande des patients douloureux. Les techniques non médicamenteuses de prise en charge de la douleur existent. Les professionnels et les usagers les reconnaissent comme efficaces. Il s'agit de traitements réalisés par des professionnels de santé qualifiés : traitement physiques (massages, kinésithérapie, physiothérapie...), méthodes psycho-corporelles ou comportementales (hypnose, relaxation, sophrologie) ».

Ainsi les autorités de santé reconnaissent que les méthodes psychocorporelles peuvent être un atout majeur dans la prise en charge globale de la douleur et l'hypnose médicale trouve là toute sa légitimité ; d'où son utilisation de plus en plus répandue dans les centres d'évaluation et de lutte contre la douleur.

1. Différentes composantes de la douleur chronique

La douleur chronique est une entité multidimensionnelle que l'on ne peut réduire à une simple sensation physique car elle comporte une part émotionnelle importante et génère une altération de la qualité de vie des patients. Auparavant, existait une classification dichotomique : la douleur était soit somatique soit psychique en l'absence de lésion tissulaire. En fait, les travaux de Melzack et Wall ont permis de conceptualiser la douleur, surtout chronique, comme une expérience subjective complexe où souffrance physique et souffrance morale sont constamment intriquées et ont des conséquences sociales pour le patient. C'est un modèle biopsychosocial où les différents champs interagissent. (Melzack et Al, 1982). La

douleur chronique devient une maladie en soi et non un simple symptôme. Elle est parfois lourde de conséquences dans la vie du patient, que ce soit au niveau psychologique, de son environnement familial, amical ou au niveau professionnel.

La souffrance liée à une douleur chronique est bien souvent synonyme de repli sur soi et d'immobilisation. La peur d'avoir mal est parfois plus importante que la douleur elle-même et peut amener le patient à des conduites d'évitement des situations qui risqueraient de déclencher des douleurs ; il va notamment éviter certaines activités physiques ou la réalisation de certains gestes du quotidien. Ceci est responsable d'une perte de confiance en soi, d'une auto-dévalorisation et d'un isolement grandissant. C'est un véritable cercle vicieux car avec le temps, plus le patient reste inactif, plus la reprise d'activité devient difficile. Il a tendance à faire une fixation sur sa douleur ce qui majore l'importance de la douleur et donc aussi les conduites d'évitement. Toute sa vie devient petit à petit centrée sur sa douleur et le patient est absorbé et focalisé sur elle comme dans un processus d'hypnose négative.

La douleur chronique est l'ensemble de quatre composantes toutes intriquées et interdépendantes :

- La composante sensorielle ou nociceptive qui permet de définir la douleur proprement dite (son intensité, sa localisation, le type de douleur...) qui peut être liée à un excès de nociception ou à des douleurs neuropathiques. Les zones cérébrales concernées par cette composante sont l'insula et le cortex somato-sensoriel (S1 et S2).
- La composante émotionnelle, affective est liée à l'activation du cortex cingulaire antérieur. C'est ce qui confère à la douleur son caractère désagréable voire insupportable. Cette composante de la douleur est subjective et elle est responsable, lors de la chronicisation d'une douleur, du risque de syndrome anxio-dépressif..
- La composante cognitive : il s'agit du bagage de connaissances du sujet lui permettant d'effectuer l'analyse de l'information douloureuse : douleurs mémorisées déjà expérimentées ou observées chez les autres, croyances, pensées
- La composante comportementale : c'est l'ensemble des réponses motrices survenant lors d'une douleur: mouvement réflexe (de retrait par exemple) ou mouvement volontaire (comportement d'évitement, massage...). Ceci se passe dans le cortex préfrontal et prémoteur.

Le Dr Boureau François, neurophysiologiste spécialisé dans la douleur, a conçu le modèle multidimensionnel de la douleur avec ses différentes composantes et leurs intrications. Ce modèle est représenté par le schéma suivant :



(Boureau)

Il n'existe pas de lien entre l'intensité de la douleur et le stimulus déclenchant ou le degré d'atteinte tissulaire, pas plus qu'entre l'intensité douloureuse et l'innervation de la zone en question (les coliques néphrétiques sont connues pour être hyperalgiques or il s'agit d'une zone peu innervée) ni entre l'intensité de la douleur et le vécu psychologique du patient (on peut observer d'énormes différences interindividuelles tant au niveau comportemental ou réactionnel qu'au niveau du retentissement émotionnel face à une douleur).

2. Prise en charge multidisciplinaire des patients douloureux chroniques

Du fait de la complexité de la douleur chronique et de ses différentes composantes constamment intriquées, son évaluation et sa prise en charge doivent se faire de façon globale, en considérant d'une part la douleur à proprement parler et d'autre part tous les autres aspects de la vie du patient : son état psychologique, son vécu quant à sa douleur, sa qualité de vie au niveau social, familial, professionnel... Une prise en charge pluridisciplinaire est de ce fait nécessaire.

En France, les premières consultations douleur voient le jour dans les années 80. Depuis 1998, la lutte contre la douleur est devenue, grâce aux trois plans successifs de lutte antidouleur, une priorité pour les pouvoirs publics. Ces plans ont pour but de permettre une meilleure prise en charge de la douleur et de faire en sorte que la douleur ne soit plus une fatalité pour les patients, qu'il s'agisse de douleur aiguë ou chronique. Ces plans ont permis la création du Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur (CNRD), l'amélioration des pratiques du personnel médical et paramédical pour soulager les patients douloureux. Ces plans ont également apporté une plus grande prise de conscience et une meilleure reconnaissance de la douleur au sein des établissements de santé ainsi que le développement de structures dédiées à la prise en charge de la douleur. Le CNRD référence à ce jour 254 structures reconnues et labellisées par les ARS de chaque région pour la prise en charge de la douleur chronique. Ces structures proposent aux patients la combinaison de diverses approches pluridisciplinaires car les traitements médicamenteux seuls sont insuffisants pour apaiser les douleurs chroniques.

Le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Nantes, dans lequel les patients de cette étude ont été recrutés, propose depuis 1998 une prise en charge pluridisciplinaire pour les patients douloureux chroniques. Une équipe spécialisée dans la prise en charge de la douleur et dans la médecine palliative, constituée de médecins, pharmaciens, dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, ostéopathes, podologues... participe à proposer une offre de soins variée et globale des patients. Outre les prescriptions médicamenteuses, différentes thérapeutiques sont proposées telles que la neurostimulation transcutanée ou Tens, la stimulation transcrânienne ou RTMS, une prise en charge psychothérapeutique, des médecines naturelles ou traditionnelles (acupuncture, ostéopathie, hypnose thérapeutique...) et parfois de la neurochirurgie fonctionnelle de la

douleur. Une unité d'investigation clinique a été créée en 2013 au sein du CETD et du service de neurochirurgie pour effectuer de la recherche clinique sur la douleur et en neurochirurgie.

Les critères d'inclusion en hospitalisation au CETD sont :

- que les douleurs soient rebelles aux antalgiques et invalidantes
- qu'elles soient permanentes ou paroxystiques et récurrentes
- que la douleur constitue l'essentiel de la maladie chez le patient et ait un retentissement psychologique important

Il est important de fixer avec le patient douloureux chronique, dès le début de la prise en charge des objectifs raisonnables et atteignables. Le but n'étant pas une disparition complète et totale de ses douleurs mais une amélioration de chacune de ses composantes pour que cela puisse être plus supportable pour lui. Au niveau de la douleur à proprement parler, obtenir une diminution de 30% de son intensité est généralement suffisant pour que le patient se sente satisfait de la prise en charge et permet déjà une énorme amélioration de la pénibilité de sa douleur et donc de sa qualité de vie.

3. Physiopathologie de la douleur- les voies de la douleur

Bien que tout ne soit pas encore totalement maîtrisé, la connaissance des voies de la douleur a fait d'énormes avancées. Lorsqu'une douleur est ressentie, il y a activation des deux lobes de l'insula et des deux aires somato-sensorielles S2.

La douleur est captée par des terminaisons neuronales libres lorsqu'un stimulus mécanique (pression, étirement...), chimique ou thermique dépasse un certain seuil variable d'un individu à l'autre. Une fois le seuil douloureux dépassé, le signal est alors transmis vers la moelle épinière, premier niveau d'intégration de la douleur et de rétrocontrôle négatif sur la douleur. Le message remonte ensuite via le deuxième neurone spino-thalamique jusqu'au thalamus, centre de traitement de la douleur qui va permettre d'en définir le type (brûlure, pincement, piqûre...) et l'intensité... L'information est ensuite redistribuée vers différentes zones du cortex grâce à un troisième neurone thalamo-cortical : vers les aires somato-sensorielles (gyrus pariétal post-central) S1 et S2 pour la localisation, vers le cortex frontal (caractère désagréable de la douleur et contexte affectif) et préfrontal notamment vers les aires motrices et pré motrices de Brodman ce qui va permettre une mobilité réactionnelle adaptée, vers le système limbique (cortex orbito-frontal, cortex cingulaire antérieur, insulaire antérieur et sur l'amygdale temporale) où se passent l'apprentissage et la mémorisation de la douleur et notamment la reconnaissance d'un environnement à risque. Ceci permet d'adopter un comportement différent à l'avenir dans la même situation (évitement, fuite...). Le réseau de la douleur inclut également des projections nucléaires vers l'hippocampe qui gère la composante végétative en réponse à la douleur et vers le striatum responsable des réponses automatiques à la douleur.

Il existe plusieurs systèmes de contrôle de la douleur :

- un contrôle segmentaire au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière: la « gate control » (l'activation de la sensibilité tactile classique active des interneurons inhibiteurs des influx nociceptifs)
- des systèmes de contrôle descendants supra spinaux dits CIDN (Contrôles Inhibiteurs Diffus Nociceptifs) : des stimulations cérébrales vont activer ces systèmes descendants avec activation dans le tronc cérébral au niveau de la substance grise péri-aqueducule des voies sérotoninergiques, noradrénergiques et des voies opioïdes (les endorphines sont des opioïdes endogènes). Ces systèmes descendants permettent une action inhibitrice sur les neurones convergents porteurs de la douleur d'où une inhibition de la douleur elle-même. Les structures les plus haut situées modulent l'activité des structures sous-jacentes.

En résumé, l'information douloureuse résulte d'un effet de balance entre systèmes excitateurs et systèmes inhibiteurs de la douleur. La sensation nociceptive n'apparaît que lors d'un déséquilibre en faveur des messages excitateurs, soit due à un excès de nociception soit due à un déficit de l'inhibition (douleurs de désafférentation ou neuropathiques).

L'activation des réseaux cérébraux spécifiques de la douleur se fait de façon ultrarapide, rapide et lente en fonction des fibres véhiculant l'information et est modifiée lors des douleurs chroniques. En effet, lorsqu'une douleur est durable et sévère, cela provoque des modifications structurelles du système nerveux central liées à la plasticité neuronale. Le seuil douloureux peut être modifié, c'est l'hyperalgésie (les douleurs deviennent plus intenses), des stimulations tactiles non nocives peuvent générer des douleurs, c'est l'allodynie et des douleurs spontanées sans stimuli nociceptifs peuvent apparaître. La douleur chronique a des conséquences sur l'appétit, sur le sommeil, sur l'humeur, sur la vie sociale et elle mobilise donc la totalité des structures nerveuses et devient la préoccupation dominante.

La douleur chronique est générée par des mécanismes neurophysiologiques distincts de la douleur aiguë : on distingue la douleur par excès de nociception liée à une réaction inflammatoire intense, la douleur neuropathique liée à une atteinte du système nerveux central ou périphérique, les douleurs par stimulation locale du système sympathique comme dans l'algodystrophie, les douleurs psychogènes dues à un désordre émotionnel sévère modifiant l'intégration du message douloureux, les douleurs sine materia de mécanisme inconnu (fibromyalgie, céphalées de tension) et les douleurs mixtes. (Sol et Al, Payen 2002). Les douleurs sine materia sont soit liées à un abaissement du seuil douloureux, soit liées à des systèmes cérébraux amplificateurs des douleurs.

4. Lien hypnose-douleur

Au cours d'expériences dans lesquelles une douleur est provoquée, sous hypnose l'intensité de la douleur peut être modulée ainsi que le degré d'inconfort et les émotions. L'hypnose diminue la perception de la douleur de 50% (Faymonville et Al, 2006). Ceci explique son utilisation courante en hypnosédation.

On peut se poser la question d'un éventuel effet placebo de l'hypnose. L'effet placebo est lié au système dopaminergique et à une sécrétion d'endorphines. Son effet est réversible avec l'injection de Naloxone, tout comme l'effet analgésique des opiacés. Par contre, l'analgésie par hypnose est indépendante du système des récepteurs aux opiacés car non réversible après injection de Naloxone (Spiegel, 1983) donc l'hypnose ne fait pas intervenir l'effet placebo.

L'hypnose permet une modulation périphérique de la douleur en agissant sur le réseau RIII. Ce réseau permet le réflexe médullaire nociceptif de retrait réflexe d'un membre en réponse à une stimulation douloureuse. L'hypnose réduit le RIII donc l'hypnose agit via les mécanismes anti nociceptifs médullaires, mais n'a aucune action sur le réseau H. Le réseau H est un réseau médullaire réflexe permettant la contraction réflexe d'un muscle lors de la stimulation d'intensité modérée des fibres somesthésiques. Ceci suggère la participation, au moins en partie, des voies cérébrales descendantes anti nociceptives dans le contrôle de la douleur sous hypnose ainsi que des mécanismes cérébraux qui limitent l'arrivée à la conscience de la douleur une fois les centres plus hauts atteints. (Kiernan et Al 1995).

L'hypnose permet donc non seulement une modulation médullaire de la douleur mais également une modulation centrale de la douleur. Ceci a été prouvé grâce notamment à l'imagerie cérébrale fonctionnelle qui permet d'étudier et de rendre objectifs des éléments subjectifs tels que la conscience ! Les suggestions d'analgésie sous hypnose diminuent significativement l'activation des zones corticales habituellement stimulées par la douleur. Une expérience réalisée par Rainville et son équipe consistait à plonger la main d'un patient sous hypnose dans de l'eau à 47°C ; ils ont observé que les suggestions visant à modifier l'intensité sensorielle telles que « vous diminuez la force de la sensation » diminuent l'activation du cortex somato-sensoriel (gyrus post central et opercule pariétal, aire S1) et les suggestions visant à moduler la composante émotionnelle, c'est-à-dire le caractère désagréable de la sensation telles que « vous êtes de plus en plus confortable » atténuent l'activation du cortex cingulaire antérieur. Le rôle des cortex préfrontaux et médians dans l'initiation de l'hypno-analgésie a également été démontré. (P. Rainville et Al, 1997). Le docteur Faymonville et son équipe ont découvert en 2003 que l'hypnose augmente la connectivité avec les différentes aires cérébrales impliquées dans la nociception et que le tronc cérébral est activé lors d'une hypnoanalgésie. (Faymonville, 2003)

C. Fibromyalgie

La fibromyalgie ou syndrome polyalgique diffus est l'exemple type d'un syndrome douloureux chronique. Elle est définie par Cathébras comme « un syndrome de douleurs musculo-squelettiques d'évolution chronique... et sans explication lésionnelle. » (Cathébras, 2006) et son concept actuel de syndrome associant douleurs, fatigue et troubles du sommeil a été décrit par deux canadiens en 1978 (Smythe et Al, 1978).

C'est une pathologie lourde en conséquences pour les patients (et pour leur famille) or il existe une discordance énorme entre l'absence de lésion tissulaire clinico-biologique décelable à ce jour et les situations de handicap qu'elle peut générer (certaines personnes se déplacent en fauteuil roulant tant leurs douleurs sont insupportables). Le diagnostic repose sur un ensemble de critères positifs et négatifs.

Comme tout patient douloureux chronique, d'autres conséquences en découlent tant au niveau psychologique (perte de confiance en soi, dépression, anxiété...) que professionnel (arrêts de travail à répétition, incapacité, nécessité d'une reconversion professionnelle...) ou familial avec de nombreux remaniements dans les rôles et fonctions occupés par chacun et une souffrance globale de la famille. (Séneau-Lévesque 2012). Du fait de ses coûts directs et indirects, la fibromyalgie est un véritable problème de santé publique et représente un enjeu médico-économique important.

1. Epidémiologie

La prévalence de la fibromyalgie dans la population générale est très variable de 1 à 10% de la population générale selon les pays et selon les critères utilisés. (Perrot 2001). La prévalence a augmenté ces dix dernières années, peut-être du fait d'une meilleure connaissance de la maladie par le milieu médical.

Elle touche principalement les femmes dans des proportions de 70 à 95% selon les études. L'âge de début est entre 20 et 60 ans mais la fibromyalgie peut atteindre tous les âges, même des enfants et est exceptionnelle chez le sujet âgé.

La population des patients fibromyalgiques représente environ 40% des nouveaux patients suivis dans les Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur et représente environ 10% à 20% des patients qui y sont hospitalisés!

2. Histoire de ce syndrome

La fibromyalgie n'est pas une maladie récente et a été décrite de longue date sous différents noms. La « neurasthénie » décrite au XIX^{ème} siècle regroupait des symptômes similaires à ceux de la fibromyalgie (Cathébras, 2006). En 1900, elle a été décrite sous les termes de « fibrosite » ou « fibromyosite », termes abandonnés lorsque les découvertes biologiques et anatomopathologiques n'ont montré aucune inflammation des tissus.

Certains l'ont qualifiée de « rhumatisme psychogène » ou « psychosomatique ». Le terme de fibromyalgie date de 1976. Elle n'est définie qu'en 1990 comme une entité nosologique par l'ACR (American College of Rheumatology).

Depuis 2006, la fibromyalgie a un code spécifique (M79.7) dans la Classification Internationale de Maladies (CIM 10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et elle fait partie du groupe des maladies musculo-squelettiques et du tissu conjonctif. Auparavant, la fibromyalgie pouvait être considérée soit comme une « maladie rhumatismale non spécifique » dans les « troubles de l'appareil locomoteur », soit comme des « troubles de somatisation ». (Rapport d'orientation de l'HAS, 2010)

Encore aujourd'hui, cette pathologie est controversée : 2% des rhumatologues et 4% des médecins généralistes français pensent que la fibromyalgie n'existe pas, qu'il ne s'agit pas là d'une pathologie mais d'une simulation des malades.

3. Clinique

Cette pathologie est caractérisée par une triade de symptômes prédominants:

- Des douleurs musculo-tendineuses diffuses, chroniques et résistantes aux traitements antalgiques usuels
- Une fatigue importante et une intolérance à l'effort
- Des troubles du sommeil (insomnie ou sommeil non réparateur)

A cette triade de base, s'ajoutent souvent une multitude d'autres symptômes et de plaintes tels que des paresthésies des extrémités, une sensation constante d'avoir froid, des troubles des fonctions cognitives (troubles de la mémoire, de la concentration), des céphalées de tension ou des migraines, des troubles digestifs ou des douleurs abdominales en lien avec une colopathie fonctionnelle... (Smythe et Al, 1978 ; Blotman, 2003)

Les douleurs diffuses et intenses sont soit continues, soit paroxystiques ce qui conduit bien souvent les patients fibromyalgiques à adopter des techniques d'évitement, de peur de souffrir.

Elles sont en général majorées lors des mouvements, lors des efforts, au froid, avec l'humidité, les émotions et le manque de sommeil. Les patients se plaignent également régulièrement d'une raideur matinale. Le risque est un déconditionnement à l'effort chez ces patients qui limitent au maximum les activités physiques, qu'il s'agisse de loisirs ou de tâches quotidiennes. Le repli sur soi et l'isolement sont aussi invalidants pour ces patients que les douleurs à proprement parler.

4. Aspect psychologique

Un tiers des patients fibromyalgiques souffrent de dépression sévère mais la plupart souffrent principalement d'anxiété.

La fibromyalgie touche surtout des patients ayant une personnalité névrotique et anxieuse avec tendance à la dramatisation et à l'hyperactivité et non les patients à la personnalité hystérique (Nizard, 2004; Guitteny et Al, 2010).

Les douleurs majorent l'anxiété, déjà présente de base, des patients fibromyalgiques. En effet, ils craignent d'avoir une pathologie maligne ou grave engageant le pronostic vital et craignent une majoration de leur perte d'autonomie avec l'évolution de la maladie.

Les médecins connaissent peu cette maladie et les patients sont bien souvent amenés à consulter divers spécialistes avant que le diagnostic de « fibromyalgie » ne soit posé pour expliquer leurs symptômes. Cette errance médicale et le délai souvent long avant d'avoir un diagnostic sont également des situations très anxiogènes chez ces patients.

De plus, du fait de la normalité de l'examen clinique et des différents examens complémentaires, les patients souffrent d'une incompréhension générale et d'un manque de reconnaissance important, tant par les professionnels de santé que par leur entourage proche ou professionnel. Le diagnostic de « fibromyalgie » rassure à peu près la moitié des patients mais pas le tiers d'entre eux car ils savent qu'aucun traitement curatif n'existe. De plus, ce diagnostic majore leur isolement et leur enfermement car la fibromyalgie est considérée comme une maladie psychiatrique. La perte d'autonomie et l'isolement social font que la qualité de vie est extrêmement perturbée.

5. Diagnostic

Le diagnostic de fibromyalgie est basé sur l'interrogatoire et sur la clinique ; c'est un diagnostic d'élimination. Les examens complémentaires de biologie et d'imagerie sont normaux, ce qui ne les rend pas facultatifs pour autant car ils permettent d'éliminer les diagnostics différentiels. Les examens à demander sont : numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, dosage de la protéine C réactive, dosage de la Creatinin Phospho Kinase, des transaminases, de la calcémie et de la phosphorémie, de la Thyroid Stimulating Hormon et des hormones thyroïdienne T3 et T4, recherche d'auto-anticorps et d'anticorps antinucléaires, du facteur rhumatoïde ainsi qu'un bilan radiologique pour éliminer des atteintes ostéoarticulaires.

En 1990, des critères diagnostiques cliniques ont été proposés par l'ACR (American College of Rheumatology) : il fallait que le patient ait des douleurs diffuses depuis plus de trois mois et qu'à l'examen clinique, une douleur soit déclenchée à la pression de 11 points sur 18 de localisation très précise lors d'une pression digitale, normalement indolore de 4 Kg.

La recherche de ces points était fastidieuse et manquait de reproductibilité entre les différents examinateurs. De plus, cela ne prenait en compte que les douleurs du patient et pas les autres symptômes dont les patients fibromyalgiques se plaignent.

L'ACR a donc validé de nouveaux critères diagnostiques proposés par une étude de Wolfe et son équipe en mai 2010. La présence de la douleur reste à rechercher mais par autoévaluation du patient et non plus manuellement comme avant. Ceci est recherché à l'aide d'un score entre 0 et 19 nommé WPI (= Widespread Pain Index) sans évaluation de l'intensité. La sévérité des symptômes, incluant la douleur et les autres symptômes importants dans la fibromyalgie (fatigue, sommeil non réparateur, symptômes cognitifs ainsi que divers symptômes somatiques), est cotée par le score SS (Symptom Severity) avec pour chaque item une note par le patient entre 0 et 3.

Le diagnostic de fibromyalgie est retenu lorsque les critères suivants sont réunis :

- $WPI \geq 7$ et $SS \geq 5$ ou bien WPI entre 3 et 6 et SS scale score ≥ 9 ;
- Présence des symptômes à même intensité depuis au moins 3 mois ;
- Absence d'une autre maladie qui pourrait expliquer la douleur (Wolfe et Al, 2010)

Une évaluation du retentissement de la maladie sur la vie du patient peut être faite, une fois le diagnostic posé, grâce au FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) qui évalue la qualité de vie des patients sur différents niveaux (psychologique, social, professionnel, autonomie...).

6. Physiopathologie : plusieurs hypothèses

- origine psychogène

Plusieurs constats ont fait penser que la fibromyalgie était en fait une forme atypique de dépression majeure ou tout au moins que son origine était psychogène. Ces constats sont :

- la fibromyalgie est dans 1/3 des cas associée à un syndrome dépressif (on trouve des antécédents personnels ou familiaux de dépression dans 2/3 des cas),
- l'efficacité des antidépresseurs tricycliques sur les symptômes de la fibromyalgie.
- la fréquente association de la fibromyalgie avec des maladies d'origine psychosomatiques (colopathie fonctionnelle par exemple).

En fait, il n'en est rien car ces éléments ne sont pas systématiques chez les patients fibromyalgiques (moins d'un tiers des patients souffrent ponctuellement de dépression majeure) et l'efficacité des antidépresseurs tricycliques est liée à leur action antalgique grâce à une élévation des concentrations de sérotonine dans le système nerveux central, ce qui a une incidence sur les voies de contrôle de la douleur. De plus, les tests biologiques utilisés en psychiatrie dans les dépressions et pour l'anxiété sont normaux chez les patients fibromyalgiques (Thomas et Al, 1999).

La comorbidité entre fibromyalgie et dépression est effectivement plus élevée que dans la population générale mais comparable à celle dans les populations de douloureux chroniques (Okifudji et Al, 2000). La dépression n'est pas liée à l'intensité des douleurs mais à la perception subjective de l'invalidité par les patients.

Il existe également une comorbidité réelle avec les états de stress post traumatiques (les patients relient souvent spontanément leur fibromyalgie avec un événement traumatique déclenchant).

La fréquence des troubles psychiatriques chez les patients fibromyalgiques est également importante mais il ne semble pas exister de profil « fibromyalgique » type et notamment pas de personnalité hystérique antérieure. (Blotman et Al 2006, Guitteny et Al, 2010).

70% des patients fibromyalgiques se disent anxieux. (Pagano et Al 2004)

- origine neurologique

- Il existe une hypersensibilisation périphérique diffuse et permanente à la douleur (sensibilisation des récepteurs périphériques, taux anormaux de substances impliquées dans la douleur en périphérie et de la substance P augmentée dans le LCR). La douleur ne vient pas d'une atteinte musculaire à proprement parler (EMG normaux et biopsie musculaire non spécifique) mais les douleurs peuvent avoir en partie une composante neuropathique. Cette hypersensibilisation périphérique provoque une stimulation constante des zones cérébrales supérieures spécifiques de la douleur responsable d'une modification organique de ces structures cérébrales. (Arsenault et Al, 2007)

- Il existe aussi une sensibilisation au niveau central (spinale ou supra spinale). Ainsi une augmentation de la sensibilisation du 2^{ème} neurone serait responsable d'une amplification du message douloureux et un abaissement clinique et électro-physiologique du seuil douloureux : apparition d'une hyperalgésie (lorsque l'intensité de la douleur est anormalement élevée après une stimulation douloureuse), d'une allodynie (lorsqu'un stimulus indolore est perçu comme douloureux) et d'une apparition de douleurs spontanées en l'absence de stimuli déclenchant. Ceci entraîne une sur-stimulation permanente des zones de la douleur et là encore des modifications organiques de ces structures.

Ces modifications organiques et remaniements neuronaux cérébraux génèrent des changements cognitifs (dévalorisation, hypervigilance, catastrophisme...) qui entretiennent l'ensemble du mécanisme et c'est donc un cercle vicieux. (Guedj et Al, 2008 ; Palomino 2007)

- Il existe également un dysfonctionnement des voies inhibitrices de la douleur d'origine cérébrale (Arsenault et Al, 2007). Le déficit en sérotonine au niveau cérébral découvert il y a une dizaine d'années va également dans ce sens et explique l'amélioration des symptômes (douleurs et sommeil) sous antidépresseurs tricycliques.

La fibromyalgie résulte donc d'un dysfonctionnement responsable d'un profond déséquilibre dans la balance excitatrice-inhibitrice de la douleur en faveur de la transmission de la douleur à tous les étages.

- L'imagerie fonctionnelle a montré une diminution des flux sanguins dans les noyaux gris (thalamus et noyau caudé) responsable d'une diminution des contrôles centraux d'inhibition de la douleur et donc d'un abaissement des seuils douloureux. Une augmentation d'activité dans les zones corticales et sous-corticales d'intégration de la douleur a également été montrée (Mountz et Al, 1995 ; Jensen et Al, 2009)
- Plusieurs études montrent également un lien probable entre fibromyalgie et dysfonctionnement du système sympathique. (Thomas et Al 1999, Arsenault et A 2007, Blotman et Al 2006)

- origine endocrinienne

Quasiment toutes les sécrétions dépendant de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien semblent altérées. (Cathébras, 2006 ; Houvenagel, 2001)

Chez les patients fibromyalgiques, un déficit en corticoïdes est parfois trouvé d'où une diminution de la réponse au stress et une augmentation de la fatigabilité lors de stress ou d'efforts. La question est de savoir si ce déficit est la cause ou bien la conséquence des symptômes.

De plus, il est souvent constaté une baisse de l'hormone de croissance surtout dans la population féminine de fibromyalgiques. Une étude montre l'efficacité de l'injection d'hormone de croissance sur la symptomatologie douloureuse de la fibromyalgie. (Cuatrecasas et Al, 2012)

La question d'un rôle potentiel des œstrogènes a été posée du fait de la forte prévalence féminine de la maladie et de la recrudescence des symptômes après une hystérectomie ou en post-ménopause.

- origine liée aux perturbations du sommeil

Plusieurs études tendent à dire que la symptomatologie de la fibromyalgie est secondaire aux troubles du sommeil. En effet, des perturbations profondes du sommeil existent chez ces patients, même en l'absence de plainte à ce sujet, et sont

objectivables grâce à l'EEG. En effet, l'activité cérébrale est perturbée et l'EEG retrouve la présence d'ondes alpha (spécifiques de l'état de veille) durant les phases du sommeil lent et profond (phase 3 et 4) qui correspondent au sommeil réparateur et permettent la récupération physique et psychologique. Le sommeil des fibromyalgiques est donc instable et interrompu par de nombreux éveils. (Nizard, 2004 ; Perrot, 2001 ; Dauvilliers et Al, 2007)

Une étude de 1976 a montré que lorsque des sujets sains sont privés de la phase 4 du sommeil dite de sommeil profond, il est noté l'apparition de myalgies diffuses. (Moldofsky et Al, 1976). Néanmoins, il ne doit pas s'agir de l'unique cause car l'incidence de la fibromyalgie chez les femmes présentant des troubles du sommeil est la même que chez celle n'en ayant pas.

- physiopathologies possibles de la symptomatologie musculaire

La plupart des patients fibromyalgiques (environ 80%) présentent une raideur musculo-tendineuse, une fatigabilité importante à l'effort et également un manque de force musculaire. Ceci peut être dû à une hypoxie relative liée à des troubles de la microcirculation, à un déficit en NO (vasodilatateur lors de l'effort), à un déficit en ATP et en antioxydants. Il s'agit d'un cercle vicieux où la douleur déclenche des contractures musculaires puis un déconditionnement à l'effort qui génèrent également des douleurs (Nizard, 2004).

- prédisposition génétique

Il existe des formes familiales de fibromyalgie touchant principalement les femmes. Le syndrome fibromyalgique se développerait en présence d'une prédisposition génétique et environnementale à laquelle s'ajouteraient des stress physiologiques : infections, traumatismes psychiques... (Blotman, 2006 ; Houvenagel, 2001)

Les hypothèses explicatives de la fibromyalgie sont donc multiples et le développement de cette maladie résulte certainement d'une combinaison de plusieurs mécanismes physiopathologiques distincts et intriqués dans un contexte complexe et global.

7. Prise en charge

La prise en charge conseillée est :

- tout d'abord une prise en charge par le médecin généraliste avec un traitement médicamenteux adapté aux douleurs, une prise en charge psychothérapeutique et le conseil d'exercer une activité physique régulière en apprenant à gérer ses efforts.
- En cas d'échec de cette prise en charge durant au moins trois à six mois, le médecin généraliste peut adresser le patient dans une structure spécialisée dans la lutte contre la douleur. Le patient peut alors être suivi en consultations ou

hospitalisé et y bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire alliant à la fois des techniques médicamenteuses symptomatiques uniquement et des techniques non médicamenteuses (variables en fonction des centres : ostéopathie, hypnose, relaxation, RTMS, thérapie à médiation artistique...), une éducation sur la maladie, un travail psychothérapeutique, de la kinésithérapie... Les axes fonctionnels et socio-professionnels font également partie de la prise en charge globale du patient. (Rapport d'orientation de l'HAS, 2010 ; Nizard, 2004)

Il est important de rassurer les patients quant à la bénignité de la maladie et quant à l'évolution des symptômes par crises avec des périodes d'aggravation et d'amélioration en alternance. Il ne faut pas dire que c'est une maladie qu'ils auront à vie car des cas de rémission voire de guérison ont été décrits. (Nizard 2004)

Au niveau médicamenteux, le traitement consiste en général en une association d'un antidépresseur (généralement tricyclique qui a une action sur les douleurs, sur les tensions musculaires et sur le sommeil) et d'un antalgique (parfois le paracétamol suffit). D'autres traitements tels que des antiparkinsoniens ou des antiépileptiques sont à l'étude. Les injections d'hormone de croissance peuvent permettre une régression des symptômes douloureux fibromyalgiques.

Une méta analyse et une revue de la littérature montrent que l'exercice physique régulier d'intensité modérée semble bénéfique tant sur le plan des douleurs que du sommeil, que des troubles de l'humeur ou de la fatigue et de l'endurance à court terme. Les résultats à moyen terme (six à douze mois) sont plus réservés. (Bannwarth et Al, 2009). L'acupuncture semble également être bénéfique sur les symptômes de la fibromyalgie.

Les psychothérapies analytiques sont souvent refusées par les patients, les thérapies cognitivo-comportementales ou les thérapies psycho-corporelles (hypnose, relaxation, biofeedback, sophrologie...) sont en général mieux acceptées par les patients.

Il est important d'effectuer des aménagements dans la vie familiale et professionnelle en alternant des périodes de travail et de repos et également de soutenir le conjoint.

8. Lien hypnose -fibromyalgie

Bien qu'assez peu nombreuses, quelques études ont recherché une éventuelle action de l'hypnose dans la prise en charge de la fibromyalgie.

L'équipe allemande de Bernardy a publié en 2010 une revue de la littérature et une métaanalyse des essais contrôlés testant l'efficacité de l'hypnose pour la fibromyalgie et n'a retenu que 6 essais contrôlés pour son analyse. (Bernardy et Al, 2010) Ces essais contrôlés montrent une diminution de la douleur par rapport à un traitement placebo mais pas d'effet au niveau de la qualité de vie des patients toujours par rapport à un placebo. Le problème est que, dans ces études prouvant une diminution significative de la douleur, les autres paramètres

caractéristiques de la fibromyalgie (fatigue, sommeil, humeur dépressive...) ne sont pas intégrés et bien souvent la méthodologie est de mauvaise qualité.

La métaanalyse de Glombiewski de 2010 sur les psychothérapies dans la fibromyalgie n'évoque pas l'hypnose (Glombiewski et Al, 2010) et la revue de la littérature de Stoebl de 2009 sur l'analgésie hypnotique n'a cité qu'une seule étude concernant hypnose et fibromyalgie. (Stoebl et Al, 2009).

L'hypnose permet une diminution de la douleur à court terme (Egil et Al, 2001), certaines études la comparant à la relaxation montrent qu'il n'y a pas de différence d'efficacité entre ces deux techniques (Mothe, 2009) et d'autres montrent au contraire qu'en fonction des suggestions utilisées, l'effet sera plutôt à type d'analgésie ou de relaxation (Castel et Al, 2006). Une étude contrôlée entre l'hypnose et la kinésithérapie dans la prise en charge d'une fibromyalgie réfractaire montre une supériorité de l'hypnose au niveau de la douleur, de la fatigue matinale et du sommeil (Haanen et Al, 1991). L'hypnose potentialiserait les traitements psychologiques de la fibromyalgie (Martinez et Al, 2008).

Une étude a montré l'efficacité de l'hypnose sur les douleurs chroniques diffuses avec une amélioration persistante au niveau de la douleur et de la qualité de vie (Grondahl et Al, 2008)

Concernant les mécanismes d'action au niveau neuroanatomique de l'hypnose, une étude réalisée en 2009 chez des patients fibromyalgiques a mis en évidence en IRMf une activation spécifique du cerveau permettant la modulation de la douleur. Les zones activées sont le cervelet, le thalamus, le cortex cingulaire antérieur, le cortex préfrontal ainsi que l'insula antérieure et postérieure. L'étendue des zones activées est nettement supérieure lorsque les suggestions sont faites en état d'hypnose (après une induction hypnotique) par rapport à durant l'état de veille normale (sans induction). Néanmoins, les deux populations ont ressenti des modifications significatives du vécu douloureux bien que la diminution soit plus marquée dans le groupe en état d'hypnose. Ceci prouve que dans la fibromyalgie, les zones jouant un rôle dans la transmission de la douleur ont une activité anormale même en l'absence de stimulus douloureux. (Derbyshire et Al, 2009).

III. Méthodologie

A. PROBLEMATIQUE

L'étude de l'hypnose thérapeutique est intéressante car elle peut permettre des changements profonds chez le patient dans de nombreuses indications. La fibromyalgie est une pathologie encore mal connue, lourde en conséquences physiques, psychologiques, comportementales et sociales qui répond mal aux diverses thérapeutiques médicamenteuses antalgiques et symptomatiques classiques pour le patient et son entourage. Les médecins peuvent par conséquent souvent avoir une sensation de mise en échec par ces patients.

L'hypnose, en tant que thérapie à médiation corporelle, est une alternative non médicamenteuse intéressante à étudier car elle permet à la fois de prendre en compte la souffrance corporelle du patient et à la fois de mobiliser ses ressources profondes qu'il a tendance à occulter du fait de sa fibromyalgie. Cette technique peut le rendre acteur dans sa propre prise en charge.

Sur un syndrome douloureux subjectif tel que la fibromyalgie, pathologie dont le diagnostic est posé par élimination, seule l'analyse du ressenti du patient peut permettre d'évaluer une éventuelle amélioration ou l'apport d'une technique. C'est la raison pour laquelle l'étude est centrée sur leur propre ressenti à distance de cette technique.

1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de recueillir et analyser le ressenti de patients fibromyalgiques concernant l'apport de l'hypnose à un an du début de cette prise en charge dans les différents aspects de leur vie (au niveau clinique, psychologique, social, familial...).

Les objectifs secondaires sont :

- Voir si à long terme l'hypnose permet une amélioration prolongée de la symptomatologie de la fibromyalgie (douleurs, fatigue, troubles du sommeil...) ou/et une amélioration autre, d'un ordre psychothérapeutique (humeur, acceptation de la maladie, gestion des symptômes ou autonomisation...)

- Chercher une éventuelle intégration par le patient de cette technique dans son quotidien à distance de son apprentissage, soit sous forme d'autohypnose, soit avec une technique dérivée ou proche (relaxation, sophrologie, méditation...) et voir si cela influence les bénéfices ressentis

- Repérer si les représentations ou idées antérieures du patient concernant l'hypnose, le vécu des séances, le nombre de séances et la formation de base de l'hypnothérapeute peuvent influencer les bénéfices ressentis

2. Questionnement

La question principale à laquelle ce travail va tenter de répondre est : quel est l'apport de l'hypnose pour des patients atteints de fibromyalgie, un an après le début de cette technique thérapeutique dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire en CETD ?

Les questions subsidiaires posées pour accéder à une réponse complète à cette question principale sont :

- Les patients ont-ils remarqué des changements dans un ou plusieurs aspects de leur vie et pensent-ils que ce soit en lien avec cette découverte de l'hypnose ?
- L'hypnose thérapeutique a-t-elle apporté des modifications sur un domaine autre que la douleur ?
- Le ou les apports éventuels de cette technique ont-t-ils duré dans le temps ? Si oui sont-ils rémanents à un an de la découverte de la technique ?
- Quel a été le vécu des patients, leur ressenti de la découverte de l'hypnose thérapeutique? Comment en parlent-ils à distance ? Ont-ils eu des remontées d'évènements traumatiques du passé lors des séances ?
- Qu'est-ce qui peut expliquer que l'hypnose ait ou non fonctionné sur eux ou que l'effet ait ou non persisté dans le temps? Est-ce que leurs représentations antérieures ou l'idée qu'ils se faisaient de l'hypnose ont favorisé ou au contraire empêché que l'hypnose fonctionne pour eux ou est-ce que cela n'a eu aucune incidence sur l'efficacité de la technique ?
- Quelle suite ont-ils donnée à cette découverte ? Combien de séances ont-ils fait ? Ont-ils intégré ou non cette technique dans leur quotidien et si oui de quelle façon?
- Les différents exercices ou les différentes techniques d'hypnose qu'on leur a proposés ont ils eu une influence plus marquée sur telle ou telle composante de la douleur ou sur tel ou tel domaine dans leur vie? Autrement dit, les apports observés sont-ils en lien avec l'exercice d'hypnose testé ou est-ce que ces deux données sont indépendantes l'une de l'autre?

3. Hypothèses

a) *Hypothèse principale*

L'hypnose thérapeutique est bénéfique pour les patients atteints de fibromyalgie et peut avoir un effet rémanent dans le temps, même à un an du début.

b) *Hypothèses secondaires*

- L'hypnose permet une diminution de l'intensité des douleurs et/ou de la fréquence des crises douloureuses.

- Si cette technique n'a pas d'action sur la douleur à proprement parler, elle peut par contre améliorer les capacités d'adaptation, de « coping » du patient grâce à une prise de distance par rapport aux symptômes ou à un apaisement profond chez le patient d'où un meilleur vécu de leur fibromyalgie.
- L'hypnose potentialise les autres traitements de la fibromyalgie.
- Plus le patient s'est approprié cette technique au quotidien, plus elle est efficace et bénéfique à long terme.
- La technique spécifique d'hypnose proposée au patient (technique spécifique liée à la douleur ou à la mobilisation des ressources ou au changement...) a peu d'influence sur les résultats à long terme chez le patient.

B. PRESENTATION DE LA DEMARCHE

Afin de répondre à la question principale, cette étude exploratoire est réalisée par entretiens individuels semi-directifs.

1. Choix de la population

Afin que l'échantillonnage soit le plus homogène possible et également pour faciliter le recrutement, l'étude est ciblée sur des patients fibromyalgiques de classe 3 (réfractaires) ayant eu leur première séance d'hypnose durant une hospitalisation au CETD du CHU de Nantes entre le 01/03/13 et le 30/06/13, et ce en complément d'autres traitements et de la prise en charge multidisciplinaire de leur fibromyalgie.

2. Sélection des patients

Les patients devaient à la base être sélectionnés à partir des courriers de sortie d'hospitalisation ayant eu lieu entre le 01/03/13 et le 30/06/13. En fait, il n'était pas précisé dans ces courriers s'ils avaient ou non débuté ou même pratiqué l'hypnose durant leur hospitalisation au CETD. Les numéros de téléphone des 46 patients dont le motif d'hospitalisation était la prise en charge de « fibromyalgie » ou d'un « syndrome fibromyalgique » ou d'un « syndrome polyalgique diffus » ont été relevés et les patients ont ensuite été contactés directement pour savoir s'ils répondaient ou non aux critères d'inclusion cités ci-dessus, à savoir : s'ils avaient débuté l'hypnose durant leur hospitalisation au CETD en 2013. Si la réponse était oui, un entretien semi-directif leur était proposé. L'échantillonnage constitué de 11 patientes fibromyalgiques a permis d'arriver à saturation des données.

3. Passation des entretiens semi-directifs

La passation des entretiens s'est faite au domicile des patients ou par téléphone, selon leur convenance après avoir préalablement expliqué l'objectif de l'étude, son déroulement et le fait que, avec leur accord, l'entretien d'une heure environ serait enregistré au dictaphone ainsi que les mesures prises pour assurer la confidentialité. Ces différents éléments ont tenu lieu de formule de consentement pour le sujet s'il acceptait de participer à l'étude.

Un guide d'entretien prédéterminé (annexe 1) a permis d'aborder leur expérience de l'hypnose, les apports éventuels de l'hypnose dans leur vie, les représentations ou idées qu'elles en avaient avant de l'essayer, leur intégration éventuelle de cette technique... Le récit des patientes sur la fibromyalgie permet de mieux comprendre leur vécu au quotidien de cette maladie, bien que là ne soit pas à proprement parler la question de cette étude. De plus, il a été demandé aux patientes en fin d'entretien de noter de 0 à 10 l'efficacité de l'hypnose à court terme, à un an et leur satisfaction par rapport à cette technique.

4. Analyse de contenu

Chaque entretien enregistré au dictaphone a été retranscrit. Le verbatim a été ensuite analysé au niveau du contenu thématique et de la sémantique à l'aide d'une grille d'analyse.

5. Relevé de données dans les dossiers

Une fois l'analyse effectuée, les dossiers des patientes ont été étudiés pour relever certaines informations manquantes telles que des données biographiques (sexe, âge, situation professionnelle, statut marital...) ou des informations sur leur fibromyalgie si les entretiens n'ont pas permis de les collecter.

Les dossiers n'ont été consultés qu'une fois l'analyse terminée afin de ne pas être influencé dans l'analyse des résultats.

IV. Résultats

A. Constitution du corpus

Sur la période du 01-03-2013 au 30-06-2013, 46 personnes (41 femmes et 5 hommes) avaient été hospitalisées pour prise en charge d'une « fibromyalgie », « d'un syndrome fibromyalgique » ou « d'un syndrome polyalgique diffus ».

Sur les 46 patients fibromyalgiques hospitalisés durant la période cible :

- 7 n'étaient pas joignables (mauvais numéro ou absence de réponse ou refus du mari de me passer son épouse),
- 1 patiente n'était pas fibromyalgique mais atteinte d'un syndrome douloureux diffus sur sclérose en plaques,
- 20 disaient n'avoir jamais eu d'hypnose (1 refusait catégoriquement de tester la technique qui l'effraie, 4 en avaient entendu parlé et souhaitaient tenter et les autres regrettaient qu'on ne leur en ait pas parlé et semblaient intéressés).
- 19 patients (18 femmes et 1 homme) avaient déjà eu de l'hypnose.

Sur ces 19 patients

- 1 patiente venait juste de débiter l'hypnose 2 mois auparavant
- 5 avaient débuté l'hypnose plusieurs années auparavant
- 1 patiente répondant aux critères d'inclusion a refusé l'entretien par manque de temps : elle disait avoir eu une mauvaise expérience de l'hypnose lors de son hospitalisation (bien-être pendant la séance mais « vomissement et vertiges au réveil ») et n'avoir pas retenté depuis.
- 11 patientes ont accepté l'entretien avec plaisir. La saturation des données a été obtenue dès la 9^{ème} patiente.
- En fait, durant les entretiens, 3 d'entre elles (Sylvie, Martine et Corinne) ont dit avoir débuté l'hypnose plusieurs années auparavant. elles avaient répondu oui aux deux questions suivantes « avez-vous déjà essayé l'hypnose thérapeutique ? » et « l'avez-vous débuté l'année dernière ? » soit du fait d'une mauvaise compréhension de la question, soit du fait d'une mauvaise formulation de la question, soit car pour elles le début était effectivement l'année dernière ce qui est fort probable comme nous le verrons plus loin. Nous avons pris le parti de mener ces entretiens à terme et de les inclure malgré tout à cette étude.

B. Passation des entretiens

6 entretiens ont été réalisés au domicile des patientes et 5 par téléphone. Toutes les patientes ont eu l'air de se sentir en confiance pour s'exprimer sur leur vécu de l'hypnose et

de la fibromyalgie. La durée des entretiens était d'une heure environ en moyenne, allant de 45 minutes à 1h15 pour 10 d'entre elles et cela a même duré 2h30 pour une patiente particulièrement loquace et dont l'expérience de l'hypnose était très riche. Les patientes étaient communicatives et avenantes. Toutes se sont montrées reconnaissantes de l'intérêt porté à la fibromyalgie et à sa prise en charge. Deux ont pris conscience de choses jusque là inconscientes au cours de l'entretien : l'une s'est demandé si l'échec de sa première séance n'était pas lié au fait que le thérapeute soit un homme, l'autre a réalisé qu'elle ne lâchait pas complètement prise avec le psychologue sauf en présence d'un stagiaire.

C. Profil des personnes interrogées

Pour rendre les entretiens anonymes, les prénoms ont tout simplement été changés. Les patientes étaient âgées de 20 ans à 59 ans. 4 ne travaillent pas (3 du fait de la maladie et 1 pour qui la raison n'est pas précisée dans le dossier), sur celles qui travaillent, 3 ont un temps partiel (50 à 80%), 2 ont un poste adapté pour travailleur handicapé, 1 travaille à son compte à son domicile (chambres d'hôte), 1 travaille à plein temps a priori (pas d'information retrouvée à ce sujet). Ci-dessous une présentation rapide de chaque patiente :

Nathalie (N) : 46 ans, manipulatrice en radiologie à temps plein a priori, célibataire sans enfant, vit seule. Son conjoint l'a quittée au début de sa fibromyalgie en 2009

Assia (A) : 27 ans, d'origine maghrébine, travaille dans une compagnie de télécommunication à temps partiel, souhaite se reconvertir en assistante vétérinaire, célibataire sans enfant, vit chez sa mère, début de la fibromyalgie en 2005

Véronique (V) : 48 ans, ne travaille pas, mariée, deux enfants, début de sa fibromyalgie en 2010

Marie-Thérèse (MT) : 53 ans, en invalidité depuis 2013 pour état dépressif (formation de base : infirmière puis reclassée au standard pendant 8 ans), vit seule sans enfant, très isolée socialement, fibromyalgie depuis 1999

Brigitte (B) : 48 ans, secrétaire de direction chez les pompiers à 80%, mariée, 3 enfants, début de la fibromyalgie en septembre 2012

Lucile (L) : 20 ans, travail de standardiste avec poste adapté, reconnue travailleur handicapé depuis 2013 (auparavant travail physique dans une fromagerie), vit en couple, sans enfant, début de la fibromyalgie en 2007 à 13 ans

Patricia (P) : 43 ans, ancienne sportive de haut niveau, elle est reconnue travailleur handicapé et travaille à mi-temps en tant que chimiste sur un poste adapté, mariée, 2 enfants, début de sa fibromyalgie pendant sa deuxième grossesse en 2004

Jocelyne (J) : 59 ans, ancienne fonctionnaire de banque, elle a maintenant une activité de chambres d'hôte depuis 2009, mariée, une fille, début de la fibromyalgie en 2011

Martine (M) : 51 ans, était assistante maternelle, mise en invalidité et reconnue handicapée, incapable de travailler, mariée, a des enfants, fibromyalgie de survenue brutale en 2008

Sylvie (S) : 59 ans, travaille avec des horaires aménagés pour une compagnie aérienne comme hôtesse d'accueil, elle va partir en préretraite dans quelques mois, est en couple mais vit seule, pas d'enfant, début de son syndrome polyalgique diffus à l'adolescence en 1973 après une opération des genoux, présence d'une composante dégénérative rachidienne et des membres à ses douleurs

Corinne (C) : 43 ans, mariée, 3 enfants, ne travaille plus depuis 2004 car considérée en longue maladie, auparavant elle a fait plusieurs « métiers d'homme » (service sécurité incendie, dans des magasins...) puis ambulancière jusqu'à un accident de la voie publique durant son travail en 2000 (fractures multiples compliquées d'algodystrophie), début de sa fibromyalgie en 2004 après l'opération d'une ostéochondrite de la cheville gauche.

D. Notions sur la fibromyalgie ressortant des entretiens

Les patientes souffrent toutes de fibromyalgie depuis plusieurs années (de 2 à 41 ans pour S mais pour elle, le syndrome serait secondaire à des interventions sur les genoux et à de l'arthrose cervicale). La durée moyenne depuis le diagnostic de fibromyalgie est de 7.1 années (sans S) ou 10.1 années (avec S). La médiane est de 7 ans.

La fibromyalgie est apparue dans leur vie brutalement, « *du jour au lendemain* » avec des douleurs atroces et invalidantes diffuses, soit après un accident, une opération ou un malaise, soit durant une grossesse ou suite au décès d'un proche... « *Le corps dit stop* », « *la machine s'est arrêtée* ».

1. Personnalité antérieure des patientes

Les patientes semblent avoir en commun le même genre de personnalité. La plupart des patientes se décrivent, avant la maladie, comme hyperactives, toujours en surmenage et dans le don de soi, très sportives, ne sachant pas se poser ni s'écouter. Elles se décrivent avant la fibromyalgie comme des personnes gaies, positives, très altruistes mais qui ne savaient pas dire non.

2. Manifestations de la fibromyalgie

- douleurs

Les douleurs décrites par les patientes sont fluctuantes tant dans leurs localisations que dans leur intensité avec des périodes de fortes douleurs invalidantes qualifiées d' « *atroces* », d'« *insupportables* » par plusieurs, avec des « *pics de douleurs* » notés sur 10 à « *11-12-15-20-100 (...)* il n'y avait pas de nombre ni de chiffre » pour en expliquer l'intensité (moindres

depuis l'hypnose pour cette patiente). L'une dit « *j'ai tout le temps mal* » et par moment, « *des grosses grosses douleurs (...) qui vraiment me bloquent, c'est-à-dire, me handicapent, me semi-paralysent, c'est-à-dire que je n'ai qu'à rester allongée* » (plus rares également depuis l'hypnose). Une des patientes souffre de douleurs à type de brûlures des bras rien qu'en marchant du fait du mouvement de balancier des bras, une autre de douleurs musculaires diffuses « *des orteils à la nuque* » l'obligeant à se bander les orteils, à mettre une minerve et des attelles de poignet (nettement moindres depuis l'hypnose), une autre a des « *douleurs lancinantes toute la journée* », dès qu'elle marche, elle a « *le feu sous les pieds, comme si je marchais sur des flammes* » et également des douleurs nocturnes terribles d'arrachement de langue la réveillant en sursaut (beaucoup moins depuis l'hypnose). Une autre a des décharges électriques dans les mains au quotidien lors de mouvements. Les mots utilisés pour décrire la douleur sont frappants : « *une horreur, un cauchemar* », « *souffrir le martyr* », « *comme si on était torturé au quotidien* ». Ces descriptions permettent de comprendre aisément la survenue de dépression ou d'idées suicidaires « *la résistance tourne, on devient fou!* ». Une patiente dit : « *la douleur j'en fais un peu une fixation mais ça c'est le problème des fibromyalgiques* ».

Le côté imprévisible des douleurs est décrit comme déstabilisant et anxiogène pour certaines patientes. Il rend toute projection difficile même professionnellement car elles ne savent pas si elles sont ou non capables de faire tel ou tel métier. En effet, l'une d'elles raconte que, parfois elle a une activité physique intense (déménagement, travaux...) et ne ressent aucune douleur et parfois de violentes douleurs surviennent au repos ou quand elle fait attention à ses mouvements.

Certaines ont repéré des facteurs aggravant les douleurs (humidité, efforts ou au contraire trop de repos, certains moments de la journée, station assise prolongée ...). L'une dit : « *plus on a mal, plus on se contracte puis plus rien ne bouge, tout est figé* ». Les douleurs angoissent énormément la plupart des patientes (« *peur de ne plus pouvoir se lever* », « *peur d'être en fauteuil roulant* »...) ce qui majore leurs douleurs. Une patiente dit qu'avec la fibromyalgie : « *j'avais l'impression qu'on m'avait enterrée* ».

- troubles du sommeil et fatigue

Les troubles du sommeil sont également importants pour la quasi-totalité des patientes, seule une ne s'en plaint plus actuellement mais en avait au début de sa fibromyalgie 4-5 ans auparavant. Le sommeil est décrit par les patientes comme « *épouvantable* », « *une catastrophe* », « *non réparateur* » « *très perturbé* » avec des « *réveils fréquents* » ou de véritables périodes d'insomnie.

La fatigue chronique quant à elle est un symptôme très invalidant pour les patientes que certaines ont encore du mal à gérer avec parfois des « *pics de fatigue* », pour certaines à certains horaires et ces repos forcés écourtent leurs journées. Les patientes relatent fatiguer très vite à l'effort et ne plus avoir de force.

- autres symptômes associés

Les patientes décrivent également avoir, depuis la fibromyalgie, un cortège de symptômes distincts de l'une à l'autre et qu'elles n'avaient pas auparavant tels que : des troubles de la mémoire, de la concentration ou de la compréhension, un manque de mots ou une inversion des mots, une perte de force d'où lâchage d'objets, des sueurs nocturnes importantes ou des bouffées de chaleur, une lenteur des gestes, des vertiges, des éblouissements, une augmentation de la sensibilité au bruit « *tout est résonance* »... En plus de leurs douleurs respectives liées à la fibromyalgie, quatre patientes souffrent également de migraines depuis la maladie.

Au niveau corporel, la fibromyalgie a entraîné une prise de poids pour certaines des patientes (quatre au moins). L'une, devenue obèse depuis sa fibromyalgie, dit « *j'ai beaucoup beaucoup mangé, j'ai pris plus de vingt kilos en tout ! (...) c'est-à-dire j'avais besoin.* », une autre dit « *je faisais du 36 avant la fibromyalgie et j'ai beaucoup grossi !* » du fait de l'arrêt brutal de ses différentes activités sportives.

3. Conséquences de la fibromyalgie

a) *Au niveau de la personnalité et de l'humeur*

La survenue de la fibromyalgie pour elles a provoqué une cassure dans leur vie « *Ca change complètement une personne* » ; la plupart évoque un changement de caractère majeur : « *beaucoup moins positif* », « *à la fois réaliste et fataliste* », « *un peu aigrie, enfin un peu beaucoup!* », « *colérique* », « *anxieuse* », « *nerveuse* », « *tendue* », « *à démarrer au quart de tour* », « *plus agressive à cause des douleurs* », « *plus stressée* », « *irritable du fait des douleurs* », « *énervée* », « *agressive à cause de la maladie* »... L'une décrit le fait de ne plus être la même mais de ne pas être en accord avec la personne qu'elle était devenue. « *Avoir la fibromyalgie, ça a un peu cassé toute ma vie, cassé mes espoirs, sentimentalement, professionnellement* ». Presque toutes décrivent avoir eu une perte de capacités avec leur fibromyalgie à type d'« *idées confuses* », de troubles de la mémoire (oublis ou manque de mots), de « *difficultés pour s'exprimer* » allant même jusqu'à un bégaiement pour l'une d'elles et également des maladresses (brûlures, chutes, moments d'inattention, lâchage d'objets...). Le fait de souffrir continuellement avec des moments de crises douloureuses paroxystiques totalement imprévisibles « *joue sur le moral* » et toutes ont traversé une phase dépressive plus ou moins longue ou tout au moins de profonde tristesse où elles s'apitoyaient sur leur sort. Deux ont parlé d'idées suicidaires voire de crise suicidaire. Plusieurs décrivaient leur culpabilité importante due à la maladie et à leur perte de capacités d'où leur refus de se reposer au départ, ce qui ne faisait que majorer les symptômes.

b) Au niveau professionnel

La répercussion de la fibromyalgie au niveau professionnel a été importante pour toutes les patientes : arrêts de travail plus ou moins longs, reclassement professionnel, mise en invalidité ou incapacité. La plupart des patientes (7/11) travaillent toujours mais avec des aménagements d'horaires ou à temps partiel. Une patiente était mère au foyer déjà avant sa fibromyalgie et son statut professionnel ne s'est donc pas modifié avec la survenue de la maladie. Seules trois patientes sur 11 sont en invalidité complète dont une après 8 ans travaillés en reclassement professionnel. Toutes indiquent combien il est important pour elles de pouvoir travailler « *comme tout le monde* ». « *C'est important quand même de garder un emploi malgré la maladie* ». Garder ce lien socio-professionnel leur permet de « *se sentir normale* ». Certaines ont dû batailler contre les experts de la sécurité sociale pour pouvoir reprendre le travail.

Une seule patiente, celle qui travaille pour une compagnie aérienne, n'a pas demandé la reconnaissance de travailleur handicapé, son dossier MDPH était fait mais elle ne l'a jamais envoyé car elle va partir prochainement en pré-retraite. Toutes les autres, malgré la difficulté de faire cette démarche, sont satisfaites de l'avoir faite. Cela a été pour elles une reconnaissance de leur maladie et leur a permis d'avoir un poste adapté (horaires, sièges ou souris d'ordinateur adaptés, ...).

- celles qui travaillent

Six ont poursuivi leur travail antérieur : une est manipulatrice en radiologie, une travaille comme hôtesse d'accueil pour une compagnie aérienne à 75% avec un aménagement d'horaires et va partir prochainement en préretraite, une travaille comme conseillère en téléphonie à temps partiel, une autre poursuit son activité de chambres d'hôte et peut donc s'octroyer des moments de repos dans ses journées si besoin, une travaille en tant que secrétaire des pompiers à 80%, une est chimiste à mi-temps sur un poste adapté.

Parmi elles, celle qui travaille dans la téléphonie envisage une reconversion du fait de sa maladie. Elle relate combien la fibromyalgie lui a ôté toute visibilité en termes d'avenir professionnel. Elle, si ambitieuse et si battante pour atteindre ses objectifs avant la maladie, n'a plus de projet concret. Après deux ans et demi d'arrêt de travail et une reprise à temps partiel entrecoupée également d'arrêts de travail, elle est passée en invalidité, elle a dû se résigner au fait que son ambition serait vaine et elle envisage donc une reconversion professionnelle en tant qu'assistante vétérinaire. « *Le plus dur je pense c'est de ne pas avoir du tout de visibilité, de ne plus avoir de projets, d'être dans un flou complet* » et l'imprévisibilité des douleurs ne lui permet pas de savoir si elle est physiquement apte ou non pour cette reconversion car il s'agit d'une profession « *un peu physique* ».

Une autre patiente, toute jeune (20 ans) raconte avoir traversé une année de lycée chaotique à cause de la maladie. Sur le plan professionnel, elle a fait une réorientation

professionnelle suite à son hospitalisation : elle est passée d'un travail physique en fromagerie à un travail de bureau au standard, moins physique, avec poste adapté pour travailleur handicapé. Elle dit que c'est cette reconnaissance d'handicap «*qui me permet maintenant d'avancer professionnellement et de pouvoir lier, je dirais la maladie et le travail sans qu'il y en ait un des deux qui en pâtisse.*».

- en invalidité catégorie 3

La patiente qui était infirmière a eu un reclassement au standard pendant 8 ans du fait de sa fibromyalgie et est maintenant en invalidité depuis 1 an à cause d'un état dépressif. Elle va d'ailleurs moins bien psychologiquement depuis car elle se sent très isolée socialement parlant : elle se sent en total décalage avec les personnes retraitées rencontrées dans des associations et également avec les personnes de son âge qui travaillent.

Une autre était assistante maternelle, elle a été mise en invalidité car elle est «*totalelement incapable de travailler*» et ce même encore maintenant malgré les améliorations apportées par l'hypnose et son hospitalisation au CETD car elle n'a «*pas de force*», doit demander de l'aide pour ouvrir une bouteille ; de plus elle ne peut plus conduire du fait des douleurs et de ses vertiges et doit être amenée partout, elle ne peut même pas faire ses courses...

La troisième patiente mise en invalidité faisait auparavant des «*métiers d'homme*» : en sécurité incendie, dans les magasins... puis a travaillé en tant qu'ambulancière jusqu'à son accident en 2000 qui a été le facteur déclenchant de sa fibromyalgie. Depuis, elle ne travaille pas et ne sait pas du tout ce qu'elle serait capable de faire ou pas. Depuis son «*déblocage*» survenu grâce à l'hypnose l'année dernière, elle a repris des activités créatrices, elle écrit un livre, «*vend des bricoles*»...

c) *Au niveau social*

La survenue de la fibromyalgie dans leur vie a provoqué pour la grande majorité des patientes un isolement social plus ou moins profond d'une part du fait de la maladie elle-même et des limitations qu'elle imposait et d'autre part car elles ont toutes été confrontées très tôt à une incompréhension globale de ce qu'elles vivaient.

Les douleurs, la fatigue et les pertes de capacités provoquaient de la part des patientes un repli sur elles-mêmes. Plusieurs relatent s'être isolées sans être totalement fermées non plus. L'une dit «*Il y a eu des moments où je me suis enfermée complètement (...) c'est-à-dire j'avais besoin. J'avais aussi la sensation, ce n'est pas qu'une sensation mais c'est un peu un fait, que tant que la personne ne vit pas ce qu'on vit, elle ne peut pas comprendre*». L'une dit «*je ne faisais plus rien, je ne sortais plus de la maison, tout le temps allongée*» et dit être devenue un «*légume*» à cette époque, une autre dit qu'elle se sentait «*complètement à l'ouest*» en société (perte de mémoire, manque de mots...) et évitait donc ces situations gênantes ; une autre encore raconte qu'elle ne voulait plus faire certaines choses du fait de son

état de fatigue, elle ne prenait « *plus de plaisir, tout était devoir, obligation* » et elle culpabilisait de ressentir le besoin de se reposer. Une autre relate qu'elle écourtait les conversations téléphoniques car tenir le téléphone de façon prolongée était insupportable et lui déclenchait des douleurs intenses. Tous ces exemples montrent combien la maladie en elle-même peut être source d'isolement.

Mais le plus difficilement supportable pour les patientes était de faire face à l'incompréhension générale face à leur maladie du fait que la fibromyalgie ne se voit pas sur leur visage ou sur leur corps : incompréhension des gens, d'amis voire de leur entourage familial, et également incompréhension du milieu médical globalement mal informé sur la fibromyalgie : « *mon médecin était en vacances, j'ai eu un médecin remplaçant (...), quand je lui ai dit que j'étais fibromyalgique, il m'a regardé comme si j'étais hypochondriaque donc... (rire) C'est limite dans le dialogue et la communication.* », « *Et quand on a des médecins qui nous disent « non, non la fibromyalgie ça n'existe pas » ben... voilà ! Ca n'aide pas non plus. Il y a encore trop de médecins je trouve qui ne sont pas bien informés sur cette maladie là.* », « *on entend le corps médical dire « non, non, ça n'existe pas » et ça fait peur ! Quand même !(...) c'est reconnu par l'Organisation Mondiale de la Santé.* ».

L'incompréhension générale de leur maladie les a amenées à faire un tri dans leurs amis : elles sont restées sociables, faisant des « *efforts pour être souriante, ne pas montrer* » et « *ceux qui n'ont pas voulu comprendre sont partis* ». Une patiente dit « *depuis la fibromyalgie, je ne veux plus être entourée de personnes négatives, je fais du vide dans mes amis* » (cette patiente a pris conscience qu'elle donnait beaucoup y compris à des personnes négatives pour elle ou profiteuses de sa grande générosité), « *j'ai fermé la porte à beaucoup de gens que je ne voulais plus voir* ». Une patiente, qui se dit très sociable exprime combien pour elle le lien social est important pour son bien-être.

Pour l'ancienne infirmière, l'incompréhension de son entourage (parents et frères au comportement dédaigneux, jugeant et culpabilisant) et la perte de lien social survenue surtout depuis sa mise en invalidité a majoré son état dépressif et lui ôte toute motivation. Elle est maintenant très isolée socialement et peine à se recréer un réseau.

Toutes les patientes racontent combien il est difficile de faire comprendre la fibromyalgie autour de soi car « *c'est une maladie qui ne se voit pas* » donc les patientes sont « *prise pour une folle* » ou « *jugée hypochondriaque* ». « *Quand ça n'est pas écrit sur notre front, on est obligé de se justifier en fait. Et ça c'est fatigant de devoir se justifier à chaque fois de pourquoi je ne fais pas ci, pourquoi je ne fais pas ça* ».

La plus jeune des patientes a évoqué le handicap d'une façon intéressante à un moment de l'entretien :

L : Ceux qui n'acceptent pas, et bien tant pis pour eux. Ceux qui ne comprennent pas, ce n'est pas grave, je m'en fiche. (...) Franchement les personnes qui ne croient pas en cette maladie, pour qui c'est une maladie imaginaire et bien moi je m'en fiche tant que les personnes autour de moi elles l'acceptent et elles le comprennent plus ou moins. C'est vrai que ce n'est pas

quelque chose qu'on voit donc... Moi je sais que c'est dur de faire entendre aux gens que je suis malade parce que moi quand je dis que je suis handicapée, on me regarde de la tête aux pieds, ben oui, ça ne se voit pas. Et oui ! Je ne suis pas en fauteuil roulant. En France le handicap, c'est, pour beaucoup de personnes, c'est l'image de quelqu'un en fauteuil roulant ou avec une béquille... qui boîte. Le fait que visuellement on n'a rien, on n'est pas handicapé encore, d'autant plus que je suis jeune !

F : Et est-ce que vous préféreriez avoir quelque chose qui se voie plutôt que quelque chose qui ne se voit pas ?

L : Je pense qu'avoir quelque chose qui ne se voit pas c'est bien aussi. Parce que j'ai une de mes amies qui est handicapée et ça se voit et elle me dit « moi je subis le regard des gens parce que quand ils me voient, je leur fais pitié et toi tu subis le regard des gens parce que quand tu leur expliques ils ne te croient pas » donc le regard des gens, on le subit des deux côtés. Après, moi j'ai de la chance par rapport à cette amie, je dirais, de pouvoir passer inaperçue. C'est-à-dire que quand je n'ai pas envie qu'on me comprenne ou que je n'ai pas besoin d'expliquer pourquoi ou comment, les gens ne vont pas se poser la question. C'est plutôt un avantage dans certaines situation alors qu'elle, elle n'a pas le choix, elle est obligée entre guillemets de s'expliquer au quotidien puisque ça se voit en fait. Moi si je n'ai pas envie d'en parler, je n'en parle pas, ça ne se voit pas. Mais par contre, ce qui est gênant, c'est pour la reconnaissance du problème qui est là. Elle, on ne peut pas nier qu'elle est handicapée, moi on a tendance à le nier. On en parle beaucoup toutes les deux et elle me dit « mais le regard des gens on le subit toutes les deux, chacune à notre manière » : elle parce que ça se voit et moi parce que ça ne se voit pas en fait. »

Certaines patientes ont ressenti le besoin de se rapprocher d'associations de fibromyalgiques afin d'en discuter, d'échanger et de voir qu'elles n'étaient pas seules dans leur souffrance, d'autres au contraire s'éloignent des patients fibromyalgique car « *ça me replongeait encore plus dedans* » dit l'une.

4. Apports de l'hypnose

Comme cela sera détaillé par la suite, l'hypnose a pu être très bénéfique pour plusieurs sans pour autant permettre une guérison complète « *la maladie est toujours là mais en tous cas, mentalement je me suis retrouvée!* ». Elles se sentent « *beaucoup mieux mais pas à 100% comme avant* » la fibromyalgie, elles ne peuvent « *pas faire tout comme tout le monde* ». La technique a aidé plusieurs patientes notamment au niveau de l'acceptation de la maladie et de l'acceptation de leur besoin de se reposer ainsi que pour savoir s'écouter, dire non, être plus raisonnables dans leurs activités et pour prendre des moments pour elles. Les termes employés pour décrire leur personnalité actuelle et leur ressenti depuis la découverte de

l'hypnose (pour celles pour qui cela a été bénéfique de façon rémanente à un an) sont « *maintenant ça va* », « *beaucoup plus apaisée* », « *plus ouverte* », « *je suis plus moi-même* », « *plus calme, plus posée* », « *plus reposée, plus détendue* »... L'une dit être « *contente d'être sur terre pour pouvoir profiter de ça* » grâce à l'hypnose.

E. Apports de l'hypnose pour les patientes

Les tableaux suivants synthétisent les apports constatés par les patientes, tout d'abord les effets transitoires de l'hypnose dans le premier tableau ainsi que la durée de ces effets lorsqu'elle a été précisée par les patientes, puis les effets persistants à un an dans le deuxième tableau. Ce deuxième tableau ne tient pas compte de l'évolution globale de l'état de santé des patientes par rapport à il y a 1 an (10 patientes sur 11 vont globalement mieux depuis 1 an, 1 seule patiente, MT, a vu son état s'aggraver sur différents plans). Seuls les changements observés en lien avec l'hypnose selon les patientes sont référencés dans ces tableaux.

Tableau I : effets transitoires de l'hypnose

0 : pas de changement en lien avec l'hypnose

+ : changement positif, amélioration en lien avec l'hypnose

- : changement négatif, aggravation en lien avec l'hypnose

case vide : thème non abordé par la patiente ou aucun lien avec l'hypnose

-/+ : au départ effet négatif puis effet positif

+/- : au départ effet positif puis effet négatif

0/+ : aucun effet d'une première séance, + ensuite

J=jours, N=nuits, M= mois, qlq= quelques, min= minutes, h= heure, DT= disparition totale, DP= disparition partielle

	N	A	V	MT	B	L	P	J	M	S	C
Douleur	0/ +2J DT	-1fois, +après DP	+30min DT	+ DT	0/+ DT	+qlq min/ -1h	+ DP	+ DT	-1fois, +après DT	0/+ DP	+ DP
Fatigue	0/ +2J			+				+	+		
Sommeil	0/ +2N	0	+	+	-1fois, +après (+3N)	0	+	+	+	0	0
Anxiété	0/ +2J	0	-qlq min/ +après	+	-1fois, +après	+qlq min	+	+	-1fois, +après	0/+	+
Humeur	0		-qlq min/ +après	+	1fois, +après	+qlq min/-	+		-1fois, +après	0/+	+
Mobilité				+6M							

corporel	0/+	+	+		+	+qlq min/-			+	0/+	+
médicaments				+6M							

Tableau II : effets persistants à un an de l'hypnose

0 : pas de changement à un an en lien avec l'hypnose

+: changement positif, amélioration persistante à un an en lien avec l'hypnose

- : changement négatif, aggravation persistante à un an en lien avec l'hypnose

case vide : thème non abordé par la patiente ou aucun lien avec l'hypnose

0/+ : au départ dans le discours des patientes aucun effet puis elles modulent leur réponse et parlent d'apport de l'hypnose direct ou indirect

	N	A	V	MT	B	L	P	J	M	S	C
Douleur	0	+	+	0	+	0/+	+	+	+	0	+
Fatigue	0			0	+	0	0/+	0	0	0	0
Sommeil	0	0	0/+	0	+		+	+	+	0	0
Anxiété	0	0	+	0	+	0	+	+	+	+	+
Humeur	0	+	+	0	+	0	+	+	+	0	+
Traumatisme		+	+		+		+				+
Mobilité/activités	0			0	+		+	+	+		+
Social	0	+	0/+	0	+		+		+		+
Professionnel		+			+		0	+		+	+
corporel		+	+		+	0			+	+	+
Médicaments		+	0	0	+		+	+	+		+
Rapport au monde			+		+						
autres		+			+		+		+	+	+

L'ensemble de ces résultats va être détaillé et expliqué ci-dessous afin de mieux comprendre de quels changements il s'agit et de voir la sémantique utilisée par les patientes pour en parler. Néanmoins, on peut remarquer d'ores-et-déjà que les effets négatifs qui ont pu survenir chez les patientes pendant une (ou des) séance(s) d'hypnose n'ont pas duré dans le temps. Ils étaient liés à une première séance très mal vécue avec un premier thérapeute pour B et M et pour L et A à une séance par enregistrement dont l'effet a été désagréable avec déclenchement de douleurs des mains. Ces effets négatifs ont été transitoires et le bilan de l'hypnose est très positif tant pour B que pour M et A comme on peut le constater dans le deuxième tableau. Pour L, ses douleurs n'ont duré qu'une heure après la séance. Aucun effet négatif n'a donc duré de façon prolongée dans le temps. Même L, malgré son expérience désagréable a intégré à sa façon le principe de l'hypnose dans son quotidien.

a) Apports de l'hypnose sur la triade symptomatologique de la fibromyalgie

b) Sur la douleur

- à court terme
 - 6 patientes relatent avoir ressenti une disparition totale des douleurs pendant au moins une séance d'hypnose. La disparition totale des douleurs avait duré le temps de la séance pour 2 d'entre elles puis la douleur est réapparue « *minimisée, vraiment un voile de douleur* » pour Martine (M) et elle a pu enlever ses attelles de poignet juste après la séance d'hypnose à la demande du psychologue. Par contre, la douleur est réapparue aussi intense qu'avant pour Brigitte (B) « *tout de suite après, dès que je mets les pieds par terre, j'ai le feu qui me vient sous les pieds(...) comme si je marchais sur des flammes* ».

La disparition totale a duré ½ heure pour Véronique (V). Bien que ce ne soit pas le but de sa séance (faite pour traiter un traumatisme d'enfance) « *au moment où on a fait l'hypnose, les douleurs se sont résiliées* » et elle le reproduit seule en méditation ou en sophrologie avec disparition totale de la douleur durant ½ heure. Pour Jocelyne (J) « *Après une séance (...) une journée comme ça je dis « mais je ne les sens plus mes douleurs ! »(...) mais après c'est revenu bien sûr le lendemain mais bon...* ». Cet effet a duré 2 jours complets après l'écoute d'un CD pour Nathalie (N), alors qu'elle n'avait ressenti aucun bénéfice lors de ses séances en hospitalisation « *vraiment moi mes douleurs, j'ai eu vraiment l'impression que tout s'évacuait ! Voilà, évacuation totale! (...) même le lendemain au travail j'étais vraiment bien* ». Marie-Thérèse (MT) n'a pas précisé la durée de cette disparition de ses douleurs.

- La douleur a nettement diminué sans disparaître complètement durant au moins une séance pour 3 patientes : Assia (A) parle d'une « *nette diminution d'intensité* » dans certaines séances ; pourtant lors de sa première séance, l'exercice de l'enregistrement centré sur les mains, zone où elle a beaucoup d'eczéma, notamment au niveau des paumes, avait majoré ses douleurs palmaires. Patricia (P) évoque un « *bénéfice net: pas zéro douleur mais ça permet de gérer une douleur importante* » et Corinne (C) signale un « *apaisement important et une diminution des douleurs* » qui deviennent alors « *supportables à 7-8/10 au lieu de 20-50-100/10* »
- Sylvie (S), elle, remarquait une diminution de ses douleurs extérieures du fait d'un relâchement musculaire mais pas de modification de ses « *douleurs intérieures* ».
- Et enfin, pour Lucile (L), la séance d'hypnose a été un échec et, après un bref apaisement de ses douleurs, la séance a en fait déclenché ses douleurs habituelles, à savoir des « *picotements désagréables dans les mains* » du fait des suggestions de l'enregistrement. Ces douleurs ont duré 1 heure après la séance.

- A un an de la découverte de la technique:

2 patientes ont l'impression que leurs douleurs se sont majorées depuis 2013 mais sans lien avec l'hypnose:

MT qui va moins bien que l'année dernière, tant physiquement que psychologiquement. Bien que la séance d'hypnose par enregistrement lui ait fait beaucoup de bien avec disparition totale des douleurs, elle ne l'a refait que deux fois puis a perdu le CD et n'en ressent plus aucun effet. Et S a l'impression que ses douleurs sont plus importantes que l'année dernière mais elle se sent globalement beaucoup mieux et les vit donc mieux. Par contre, elle ne fait pas de lien avec l'hypnose car elle pense ne pas en avoir fait suffisamment.

Les 9 autres patientes disent aller beaucoup mieux maintenant au niveau des douleurs, avec :

- une disparition quasi-totale des douleurs pour 2 d'entre elles : J se sent bien, n'a plus de douleurs mais pour elle sa fibromyalgie n'est pas finie car elle reste très fatiguée. Lors de sa dernière visite médicale au CETD, elle avait dû « *chercher pour trouver des douleurs pour qu'il ne se dise pas que j'allais très bien* ». Elle pense que cette amélioration des douleurs est liée à l'hypnose en partie et aux autres méthodes testées (notamment le régime sans gluten et sans lactose débuté quelques mois avant l'entretien qui a fait disparaître certaines douleurs résiduelles). Et M a enlevé ses attelles de poignet juste après la séance à la demande du psychologue et ne les a plus jamais remises ensuite. Les douleurs étaient revenues « *minimisée, vraiment un voile de douleur* » après la séance « *et puis au fur et à mesure, c'est parti* », « *ça a marché(...) c'est magnifique ! (...) c'est magique* », « *au niveau des douleurs je n'ai plus rien du tout presque!* ». Elle a de moins en moins de crises douloureuses mais a toujours des douleurs de tension musculaire.
- pour les 7 autres, une diminution de l'intensité des douleurs et de la fréquence des crises douloureuses intenses ainsi qu'une meilleure gestion de ces crises ont été rapportées :

N se sent moins douloureuse depuis 2 mois, « *maintenant ça va un petit peu mieux (...) mais bon c'est par moment (...) ça vient par crise mais c'est mieux en ce moment (...) avec la chaleur.* » Elle ne fait donc pas de lien entre le mieux actuel et l'amélioration ressentie pendant 2 jours après l'écoute d'un CD d'autohypnose- méditation 3 mois avant l'entretien.

A gère la plupart de ses douleurs par elle-même grâce à l'autohypnose. De plus, elle arrive à détendre chaque muscle de son corps dès qu'elle ressent une tension, ce qui « *joue énormément sur les douleurs* ». Elle note une diminution d'intensité globale de ses douleurs et une baisse de fréquence des « *douleurs très fortes, insupportables, qui la bloquent et la semi-paralysent* », leur survenue est très rare maintenant.

V va mieux au niveau des douleurs mais n'a pas refait d'hypnose depuis ses deux séances en hospitalisation, par contre elle gère ses douleurs grâce à la sophrologie et à la méditation. L'hypnose a été une ouverture sur ces deux méthodes

La jeune L va mieux au niveau des douleurs, indirectement grâce à l'hypnose car elle arrive maintenant à gérer d'elle-même les crises en détournant son attention de la douleur, principe qu'elle a assimilé à celui de l'hypnose. Pourtant la seule séance qu'elle ait eue au CETD de Nantes était avec un enregistrement et avait été une mauvaise expérience (apparition de sa symptomatologie habituelle avec douleurs dans les mains).

B va beaucoup mieux maintenant: « *les douleurs sont là mais moins importantes* ». « *Tout était tendu mais maintenant c'est vraiment mieux* », de plus elle a nettement moins de douleurs nocturnes d'arrachement de langue (moins fréquentes et moins intenses).

P va mieux également, l'hypnose a été pour elle une « *ouverture pas pour guérir mais pour canaliser ses douleurs quand elles sont intenses* ». De plus, elle note une diminution globale de l'intensité de ses douleurs. Pour elle, ceci est indirectement lié à l'hypnose car cet apaisement des douleurs est lié au fait qu'elle accepte maintenant de se reposer en partie grâce à l'hypnose. Cette expérience lui a permis de découvrir qu'elle pouvait « *avoir une maîtrise sur ses douleurs* ».

C souffre beaucoup moins et arrive à gérer 90% de ses douleurs d'elle-même grâce à l'autohypnose. Elle s'apaise elle-même et diminue ses douleurs en s'imaginant dans un endroit chaud (car la chaleur calme ses douleurs). Elle « *s'autogère* » grâce à l'hypnose.

c) *sur la fatigue*

2 patientes (A et V) n'ont pas évoqué du tout la fatigue durant l'entretien, 1 patiente (L) a parlé du côté gênant de ce symptôme, notamment au travail où elle a des envies soudaines de dormir mais l'hypnose n'a eu aucune conséquence sur sa fatigue (séance par enregistrement interrompue au bout de 5 minutes car vécu désagréable). 3 patientes (S, C et P) pensent que l'hypnose n'a eu aucun effet sur la fatigue bien que C dise qu'elle « *laisse son corps se reposer en hypnose* » mais elle ne ressent pas de récupération en terme de fatigue. P quant à elle, après avoir dit qu'elle « *n'arrive pas à gérer la fatigue* », relate qu'elle s'autorise beaucoup plus à se reposer durant quelques minutes quand elle en ressent le besoin, d'où une diminution de la fatigue grâce à une meilleure gestion de l'effort. Or elle rattache cela à l'hypnose qui lui a permis de déculpabiliser par rapport au repos et d'en accepter la nécessité. Par conséquent, l'hypnose aurait un effet indirect sur la fatigue malgré tout.

Pour 3 patientes (N, MT et J), l'hypnose aurait eu une action nette sur la fatigue juste après les séances : MT « *vraiment reposée après la séance* », « *bénéfique sur la fatigue car je ne me sentais plus fatiguée après* », et N, qui pourtant avait trouvé ça inefficace lors de ses séances au CETD, s'est sentie « *flagada* » juste après, « *comme vidée* » puis « *reposée et vraiment bien* » pendant 2 jours après l'écoute de son CD d'hypnose/méditation. J parle de

l'effet positif sur le moment car elle se sentait reposée et de par l'amélioration des troubles du sommeil, ce qui joue bien sûr secondairement sur la fatigue. Par contre, pour ces 3 patientes, cet effet a été transitoire et la fatigue chronique reste à distance de l'hypnose un symptôme très gênant.

Les séances d'hypnose pour M auraient provoqué de la « fatigue reposée » : « *après je me suis sentie comme avec un grand coup de fatigue, vraiment relaxée, reposée* », pour elle, cette fatigue est différente de sa fatigue habituelle car elle est accompagnée d'une détente en plus (et différente également de la fatigue ressentie après des séances de kiné qui cette fois est plus musculaire). Là encore, cet effet de l'hypnose sur la fatigue a été très transitoire après les séances.

Seule B estime que même à distance, l'hypnose l'a beaucoup aidée par rapport à la fatigue, l'explication qu'elle donne rejoint celle de P : elle se repose plus grâce à l'hypnose donc récupère plus.

d) Sur les troubles du sommeil

- Pour 4 patientes (S, C, A et L) l'hypnose a été totalement inefficace sur les troubles du sommeil. A, qui pourtant arrive à soulager ses douleurs en autohypnose, prend parfois des antalgiques pour s'endormir car pour elle, les troubles du sommeil sont liés aux douleurs.
- Toutes les autres patientes ont noté un bénéfice au moins une fois après des séances.

2 patientes, bien que l'hypnose ne leur semble pas très efficace à ce niveau, ont modulé leur réponse car elles ont constaté un effet transitoire de l'hypnose sur leur sommeil : pour N, l'hypnose avait été inefficace sur ses troubles du sommeil lors des séances au CETD mais elle dit avoir « *super bien dormi* » avec son CD d'hypnose- méditation. Pour MT l'hypnose n'a pas d'action sur ses troubles du sommeil mais par contre, elle raconte que les 2 fois où elle a réécouté l'enregistrement, elle s'est endormie avant la fin et ajoute « *donc ça fonctionne pour le sommeil, on peut le dire!* »

5 patientes ont noté des effets durables et persistants à distance, pas forcément sur les troubles du sommeil à proprement parler mais sur la qualité du sommeil ou sur le vécu des réveils nocturnes ou sur la facilité à se rendormir :

V n'a pas remarqué de modification au niveau des troubles du sommeil à type de réveils et d'insomnies qui restent fluctuants mais son sommeil est de meilleure qualité puisqu'elle ne fait plus du tout de cauchemars de la défenestration qui l'a traumatisée dans l'enfance et fait moins de cauchemars sur d'autres choses.

Pour B, l'hypnose facilitait l'endormissement (plus rapide) pendant 3 nuits après les séances. Ses troubles du sommeil sont revenus comme avant l'hypnose mais elle a moins de réveils en sursaut car elle a beaucoup moins de douleurs d'arrachement de langue. Depuis sa fibromyalgie, elle décrit des sueurs profuses nocturnes localisées au niveau sternal et ce symptôme ne s'est pas amendé après l'hypnose.

P a trouvé un net bénéfice sur les troubles du sommeil durant toute l'hospitalisation, bénéfice qu'elle a retrouvé ensuite, 15 jours après son retour à domicile et qui perdure encore maintenant. L'hypnose l'aide à l'endormissement surtout: en jouant beaucoup sur la respiration, en se concentrant sur quelque chose elle arrive à se recalmer et s'endormir.

Pour J l'hypnose peut réguler le sommeil plus que la fatigue mais son sommeil reste fluctuant. L'hypnose lui a permis d'avoir un meilleur vécu de ses réveils nocturnes et elle arrive à se rendormir un peu, elle relativise plus ses réveils nocturnes « *maintenant : ce n'est pas grave* ».

M a vu un effet positif sur son sommeil: avant sa séance elle ne dormait pas, après sa séance elle « *a redormi comme un gros bébé* », maintenant elle vit mieux ses réveils nocturnes, sans stress et sans se poser de questions.

2. Apports de l'hypnose au niveau psychologique, social et professionnel

a) Au niveau psychologique

- au niveau de l'anxiété ou du stress

Seule 1 patiente (A) dit ne pas avoir constaté d'amélioration sur l'anxiété car elle appréhende toujours autant les douleurs du fait de leur imprévisibilité.

Les 10 autres patientes ont vu un bénéfice au niveau du stress ou de l'anxiété.

Pour 3 patientes cet effet a été transitoire à ce niveau :

Même L, avant d'avoir un vécu désagréable de la séance en lien avec l'exercice proposé par l'enregistrement, avait ressenti « *un petit moment de plénitude quand même* » où l' « *on se recentre sur soi* », « *une détente de l'esprit puis des muscles* ». Elle dit que c'était « *vraiment un moment de détente* » et « *d'oubli de ses soucis liés à la maladie* », « *un moment où on fait le vide, où on ne pense plus à soi (...) on ne pense à rien (...) et faire le vide dans sa tête ça fait du bien* ». Malheureusement, du fait de l'exercice proposé sur les mains, localisation habituelle de ses douleurs, cette détente psychique n'a duré que quelques trop courtes minutes. Elle pense qu'avec un autre exercice et un meilleur vécu, les effets à ce niveau auraient été plus durables.

Cet effet a également été transitoire pour N mais plus prolongé : elle s'est sentie « *apaisée et calme, vraiment bien !* » pendant 2 jours après l'écoute de son CD et pour MT qui dit « *j'étais vraiment bien* », « *j'ai oublié tous mes soucis* », « *je n'avais plus d'anxiété, plus d'angoisses* » et qui s'est sentie « *sereine, apaisée, détendue (...) c'était encore mieux qu'avec la sophrologie* ».

L'effet a été durable dans le temps pour les 7 autres patientes et elles en constatent encore les bénéfices à ce jour:

V a vu une diminution progressive de son anxiété globale et la disparition d'une « *boule dans le ventre* » qu'elle avait « *pratiquement en permanence* » en lien avec cette anxiété. En un an « *j'ai dû avoir la boule au ventre peut-être une fois!* ». De plus, les angoisses liées à son traumatisme de l'enfance (défenestration d'un petit garçon) ont totalement disparu également. Elle dit que l'hypnose l'a libérée. « *J'ai toujours été anxieuse et là, je suis un petit peu plus lâche, un petit peu plus cool.* », « *je m'en fais beaucoup moins* », elle dit avoir changé mentalement et que ça lui a fait du bien. L'hypnose lui a apporté un « *gros bien être* », un « *relâchement complet et une décontraction.* »

B sent que l'hypnose l'apaise énormément et qu'elle est maintenant « *plus calme dans sa tête, dans les idées* », « *l'hypnose m'a vraiment aidée sur le stress et l'anxiété* », elle se dit « *plus zen* », et n'a plus de boule épigastrique, « *ça m'a sauvée pour enlever toute cette angoisse à l'intérieur de moi et le poids sur mes épaules* ». Ce poids, ainsi que les angoisses liées à un traumatisme du passé responsable d'une peur obsessionnelle de manquer, ont définitivement disparu en plusieurs séances et elle se sent « *libérée* ».

P a vu une nette amélioration sur le stress et l'irritabilité. L'hypnose lui a appris à relativiser, elle l'utilise pour se calmer. Ca a été pour elle la découverte d'une maîtrise sur soi, sur l'énerverment.

J se dit « *plus sereine, moins inquiète, (...), plus calme, plus posée, moins d'appréhensions sur des choses, beaucoup plus apaisée* ». L'hypnose l'a beaucoup aidée mais elle ne peut affirmer que c'est grâce à l'hypnose à 100%, c'est dû à un ensemble de choses qu'elle a testées, dont l'hypnose.

M, juste après la séance, était « *décontractée, vraiment relaxée, reposée, détendue, super bien* ». L'hypnose lui procure une « *détente mentale profonde* », « *ça la calme vraiment* ». Et à distance, elle constate que « *l'hypnose lui a appris à se détendre* », qu'elle a beaucoup plus une « *zen attitude* » et qu'elle est « *plus calme, plus posée, plus reposée, plus détendue.* »

S qui avait fait de l'hypnose pour un problème d'anxiété pense que « *ça a marché* ». Juste après la séance, elle se sentait « *apaisée, relaxée, détendue et toute zen* ». Pour elle, l'hypnose permet de se poser. Elle se sent toujours tendue « *mais ça n'a rien à voir avec ce*

que c'était avant ». Elle se remet dans cet état de bien-être qu'elle a appris en hypnose dans des contextes de stress au travail, lorsque des clients sont agressifs par exemple.

C a maintenant « moins de peur, d'angoisses, d'appréhensions », l'hypnose lui permet une « diminution du stress et de l'anxiété en complément des médicaments ». L'autohypnose est devenue pour elle « nécessaire pour tenir le choc, pour son bien-être », ça « aide à lâcher, ça fait du bien », « c'est excellent, on se laisse aller ». L'hypnose lui a procuré une sensation de « légèreté » et lui a permis d'arrêter le tabac sans stress ni manque depuis 6 mois.

- au niveau de l'humeur ou du moral

2 patientes (N et L) n'ont pas constaté de changement à ce niveau là, N du fait que lors de ses séances d'hypnose, elle avait l'impression de « ne pas être partie » et L car elle avait rapidement interrompu l'exercice.

S va beaucoup mieux niveau moral bien que ses douleurs soient plus importantes ; elle « se sent bien ». Pour elle, l'hypnose n'a pas eu d'apport sur son humeur. Elle en parle pourtant comme d'une source de bien-être avec « l'impression que tout ce qui est autour ne nous touche plus ». Elle ne fait pas de lien avec l'hypnose spécifiquement mais plutôt avec son passage au CETD et au fait qu'elle ait un ami calme qui l'apaise beaucoup depuis 1 an.

MT a vu une amélioration immédiate « je me sentais vraiment très bien », amélioration qui s'est poursuivie durant quelques mois « ça a agi sur mon moral parce que j'étais beaucoup mieux après », « vraiment contente et les pensées ne revenaient plus ». Malheureusement, plusieurs événements stressants de vie sont survenus et elle va maintenant moins bien qu'au moment de son hospitalisation au CETD, sur tous les plans (dépression, douleurs, isolement social). Elle souhaite refaire de l'hypnose pour aller mieux niveau moral.

Les 7 autres patientes ont toutes perçu une amélioration durable et persistante au niveau psychologique grâce à l'hypnose :

A a retrouvé son optimisme et s'est « retrouvée comme avant la maladie ». « La maladie est toujours là mais en tous cas, mentalement, je me suis retrouvée! ». Elle parle d'un bien-être en quelques séances d'hypnose et de PNL seulement.

V est « devenue optimiste », « plus positive », « plus ouverte avec une autre façon de penser », elle relativise maintenant.

Pour B, sa gaieté et son sourire revenus grâce à l'hypnose, elle se dit « hyper contente », « épanouie et heureuse des améliorations », « mieux dans sa tête » avec un équilibre retrouvé (cerveau et idées plus réguliers, moins en dents de scie), elle évoque son bien-être et a « repris du goût à faire des choses et à vivre », l'hypnose l'a beaucoup aidée au niveau mental et pour la confiance en soi et maintenant, grâce à l'hypnose, elle sait partir se ressourcer quand elle est affectée par quelque chose.

P a découvert un « bien-être que je n'imaginai pas », son humeur est bien meilleure car elle arrive à gérer ses douleurs, son caractère plus posé. Maintenant, elle profite au

maximum des choses malgré la fibromyalgie. L'hypnose lui permet de « *se recentrer sur soi et de se poser, (...) de s'intérioriser* »

J ressent un mieux global: « *l'hypnose ça donne un bien-être dans le cerveau puis qui diffuse dans le corps* », elle dit « *je sais qu'intérieurement j'ai changé sur le long terme avec l'hypnose* » et que l'hypnose lui a fait énormément de bien.

M parle beaucoup du bien-être apporté par l'hypnose lors des séances d'une part « *j'étais bien, j'étais heureuse, bien tranquille* », « *on est vraiment bien, super bien, on se sent bien dans l'imaginaire* ». Ce bien-être perdurait même après les séances et dans le temps « *là je me sens très très très bien* » et elle dit reprendre plaisir.

C ressent un bien-être et une légèreté nouvelle depuis l'année dernière. Elle se sent beaucoup mieux d'une façon globale et notamment psychologiquement même si elle doit travailler encore « *plusieurs couches d'oignon* », « *plusieurs tiroirs du passés non vidés* », elle dit « *reprendre confiance en elle* ». Elle est contente d'elle car elle se sent « *de plus en plus capable de faire des choses* », elle dit même « *tout va bien, la vie est belle* » en parlant de son moral actuel.

- au niveau d'un traumatisme du passé

5 personnes relatent avoir « guéri » grâce à l'hypnose de traumatismes du passé responsables de répercussions conséquentes et invalidantes sur leur quotidien:

V a eu une séance d'hypnose avec le psychologue du CETD du fait d'un traumatisme de l'enfance : elle a vu un petit garçon se défenestrer du 4^{ème} étage d'un immeuble alors qu'elle n'avait que 5-6 ans, « *ça m'a toujours marquée. Chaque fois ça remontait et puis dans mes nuits je faisais des cauchemars avec ça* », elle faisait des crises d'angoisse et ne pouvait évoquer ce traumatisme sans se mettre à pleurer et trembler. Après sa séance d'hypnose, elle s'est « *sentie libérée d'un gros poids qui est parti* », elle peut maintenant en parler sans affect ni douleur « *là je vous en parle et vous voyez, je n'ai pas de larmes, rien! (...) Cette défenestration elle est bien là mais je n'ai plus du tout ce ressenti d'angoisse. La vision je l'ai mais il n'y a plus, oui, ce ressenti, cette peur au ventre. C'est une image quoi en fin de compte maintenant, pratiquement sans... comment dire ? Sans... ben sans douleur, sans rien.* » « *Ca n'a pas effacé mais par contre ça a effacé, ça m'a pratiquement effacé cette douleur que j'avais à me ressasser sans arrêt ce petit garçon qui tombe, ce... voilà, cette douleur.* »

B raconte également la disparition complète de son obsession et de ses angoisses de manquer d'argent lié à un traumatisme du passé « *C'était des choses que j'avais gardées vraiment dans moi et puis je n'arrivais pas à m'en sortir toute seule (...) Parce qu'on est déjà passé par une expérience où ça n'a pas été facile. Et maintenant c'était cette peur de*

manquer, de ne pas avoir dans le frigo, de manquer d'argent, je ne veux pas manquer de tout ça et pour moi c'était un poids et donc j'allais tous les jours sur les comptes. C'était invivable pour moi », « ce poids au niveau des épaules je ne le sens plus parce que maintenant je vais sur mes comptes tous les 10-15 jours donc c'est bien pour moi ! (...) Je n'y pense pas. Ce n'est plus pesant comme ça l'était ! C'était horrible ! ».

P a pu « digérer » le décès de sa grand-mère. Elle ne s'était pas rendue compte sur le moment que ça avait été traumatisant mais « *c'était coincé dans l'esprit* » et responsable d'un mal-être dont elle ignorait l'origine. « *Ce n'était pas forcément très clair à l'esprit parce que ça n'allait pas mais je ne savais pas trop pourquoi* ». Elle a revécu une ou deux fois en autohypnose « *la façon dont elle est décédée. En fait, je l'ai accompagnée dans ses derniers moments et puis j'ai eu... pas des belles images qui étaient présentes et puis tout ça ressurgissait pas mal, c'était comme si je le revivais une deuxième fois (...) et je l'avais peut-être un peu plus analysé, ça a peut-être été moins... moins choquant que la première fois.* ». Le fait de le revivre en autohypnose, bien que désagréable sur le moment lui a permis de « *bien l'analyser pour bien digérer.* » et d'aller mieux ensuite : tant au niveau du moral qu'au niveau corporel (« *tensions relâchées* »).

La patiente A a également pu avancer sur le décès de sa grand-mère : « *Il y a juste une fois où elle m'a fait parler de ma grand-mère qui est décédée, à force de m'en faire reparler et reparler et reparler, ça a fini par m'émouvoir et j'ai fini par avoir une petite larme mais hum... mais ce n'était pas non plus une émotion déferlante ou incontrôlée.* » et elle conclut en disant que c'était bien que cette émotion soit là.

Enfin, C, après 13 ans d'expérience de l'hypnose thérapeutique, a vécu un réel déblocage l'année dernière après avoir pour la première fois réellement accepté de lâcher prise et pratiquement toutes les améliorations survenues dans sa vie sont arrivées après cette séance qui « *l'a réveillée grâce à des dessins* », elle a pu « *se ressentir bien, du jour au lendemain. Ca s'est débloqué !* ». Elle ne comprend pas elle-même ce qui s'est passé ce jour là avec ces dessins mais en voit encore les effets à ce jour.

b) Au niveau de la mobilité, des activités et de la vie sociale

- Au niveau de la mobilité et des activités

5 patientes (S, L, N, V et A) n'ont observé aucun apport quant au handicap ou à la mobilité. Les autres ont remarqué une reprise d'activité physique : MT a repris la marche et la piscine durant 6 mois après son hospitalisation, elle dit que c'est en grande partie grâce à l'hypnose qui l'a aidée au niveau de la motivation. J fait plus de jardinage, elle a toujours des difficultés à prendre du temps pour elle mais le fait plus malgré tout. C grâce à la légèreté qu'elle ressent a retrouvé de la mobilité (auparavant, elle ne bougeait pas, était en fauteuil roulant de 2004 à 2007). Elle refait des activités physiques (piscine 2-3 fois/semaine et marche à nouveau) et elle s'est également mise à faire des activités artistiques (théâtre,

écriture d'un livre, bricolage, création d'objets en élastiques...). Elle dit « *j'avance, je suis contente de moi* », elle se « *sent de plus en plus capable de faire des choses* ». B remarque plus (jusqu'à 3/4d'heure), fait plus de choses car sa gaieté est revenue, elle refait du vélo d'appartement, va au spa... Elle ne fait plus de sport intense comme avant la maladie car elle fatigue vite et les douleurs reviennent mais elle « *se force* ». De plus, elle a également repris des activités plus calmes comme la lecture, activité qu'elle a toujours appréciée mais qu'elle ne prenait plus le temps de faire depuis son mariage, d'une part car elle sait prendre du temps pour elle maintenant et aussi car elle « *arrive mieux à se concentrer* » grâce à l'hypnose. M a également retrouvé de la mobilité et des activités : elle « *va dehors, bouge, va faire des activités, va se promener un peu* », elle fait « *plus de jardinage, de ménage, fait un peu plus de choses* » mais ne sait pas la part de l'hypnose ou de la RTMS. Malgré les améliorations, elle dit ne pas pouvoir faire tout comme tout le monde car elle fatigue très vite.

Pour cette patiente (M), le changement a également consisté en une meilleure gestion des efforts grâce à une acceptation du repos et d'éventuelles pauses si besoin. P n'a pas constaté de reprise d'activité mais relate elle aussi une meilleure gestion du « *tout ou rien* » dans ses activités : elle était incapable de se poser et « *sait maintenant dire stop* », faire un petit peu à chaque fois et « *ne pas aller trop loin* ». Elle fait des activités physiques en étant raisonnable. L'hypnose l'a aidée à accepter ses limites, à accepter de se reposer si besoin et l'a déculpabilisée de devoir se reposer.

- Au niveau social, de leurs rapports aux autres et changements perçus par l'entourage

4 patientes (N, L, S et J) n'ont remarqué aucun changement et donc aucun apport de l'hypnose dans ce domaine.

MT est la seule à aller plus mal qu'avant son hospitalisation. Elle se dit beaucoup plus isolée socialement qu'avant du fait de sa dépression liée à plusieurs événements choquants survenus après sa sortie. Elle regrette de n'avoir pas été plus assidue avec l'hypnose et souhaite reprendre car elle se sentait mieux après sa séance.

V est « *toujours restée ouverte aux gens* » malgré sa fibromyalgie donc elle n'a pas remarqué de changement patent à ce niveau depuis l'hypnose. Elle parle par contre d'un gain de confiance en elle grâce à l'hypnose et d'une prise de distance par rapport au regard des autres. Elle pense que son entourage a remarqué qu'elle est moins anxieuse mais ils n'en ont jamais parlé. Par contre, « *ils me charriaient gentiment du fait que je faisais de la sophro et de la méditation* », qui est la façon dont elle a intégré l'hypnose dans son quotidien.

Les autres patientes ont vu une amélioration au niveau de leur vie sociale : elles font plus de sorties ou plus longues, elles voient plus de monde ou leurs rapports avec leur entourage s'est nettement amélioré.

B fait des sorties plus longues chez des amis (elle peut rentrer à 1h au lieu de 21h-22h), elle réinvite, refait des repas... L'hypnose l'a beaucoup aidée à prendre conscience qu'il « *faut qu'elle s'entoure de personnes saines* » et également pour savoir dire non (à son mari pour des sorties, à ses collègues, à des personnes qui profitent de sa gentillesse).

Maintenant, elle sait dire non et prendre des moments pour elle, avant elle acceptait des sorties pour son mari même si elle n'en avait pas envie mais pour autant, elle se sent plus sociable et « *beaucoup moins énervée* » qu'avant l'hypnose. Son entourage (mari, enfants, amis) a vu tout de suite le changement après l'hypnose notamment grâce à son sourire retrouvé: « *mon fils me dit que je souris* », sa fille lui dit qu'elle l'écoute à nouveau alors que ce n'était plus le cas depuis le début de la maladie et « *tu es plus zen, tu es mieux et puis le sourire, le visage, tout* », son mari la trouve beaucoup mieux, souriante, il dit après l'entretien avec son épouse « *c'est un vrai bonheur de la voir comme ça* » .

P relate également une amélioration de sa vie au niveau social : elle « *refait des choses, repas, sorties* » et surtout, elle prend plaisir à les faire malgré la fatigue, en y allant tranquillement. Maintenant, elle relativise sa fatigue et l'accepte mieux. Son entourage a remarqué qu'elle est beaucoup plus posée, qu'elle « *relativise et donne moins d'importance à certaines choses* » ; elle parle même d'une « *nette amélioration de l'ambiance familiale* ».

M se dit « *plus ouverte, plus calme, plus posée, plus reposée, plus détendue* » et ajoute « *je suis plus moi-même* ». Elle fait plus de sorties et plus longues et dit vivre plus de choses. L'hypnose lui a permis d'accepter et d'être plus compréhensive face au jugement et à l'incompréhension des gens sur sa maladie, avant ça la blessait et elle a « *fermé sa porte à beaucoup* ». Quant à son entourage, ils ont constaté qu'elle va beaucoup mieux depuis l'hypnose « *autour de moi ils le voient bien que je ne suis plus la même que quand j'étais malade* » (l'emploi du passé est intéressant même si elle ne se sent pas complètement guérie), « *là ils me voient remonter, ils sont contents* ».

A dit « *Je peux avoir un semblant de vie sociale correcte* » du fait qu'elle a moins de douleurs. De plus, elle arrive à mieux gérer ses émotions qu'elle décrivait explosives grâce à la PNL (technique dérivée de l'hypnose permettant d'entrer en état de transe). Cette technique lui a permis d'accepter, d'assumer et de légitimer ses émotions et ses réactions. Grâce à l'hypnose et à la PNL, elle a réussi à arrêter les contraintes inutiles et à faire plus ce dont elle a envie. Son entourage n'a pas parlé d'éventuels changements qu'ils auraient observés.

De même, J se sent changée intérieurement depuis l'hypnose mais ne pense pas que son mari ou son entourage aient remarqué de changement quelconque.

Enfin, C a ressenti une nette amélioration au niveau de sa sociabilité depuis l'année dernière, depuis sa séance d'hypnose qui du jour au lendemain l'a débloquée et « *bien réveillée* ». Ca lui a permis de bien avancer au niveau de sa timidité car auparavant elle souffrait de bégaiement et de « *se sentir de plus en plus à l'aise* » en public ; elle s'est d'ailleurs mise au théâtre, même si elle a toujours l'impression parfois qu'on ne la comprend pas ou qu'elle n'articule pas. Elle utilise également l'autohypnose pour se préparer psychologiquement avant toute sortie et avant tout contact social hormis avec son mari et ses enfants (car elle a toujours peur que l'on se moque d'elle). De plus, l'hypnose lui a permis de « *commencer à accepter d'être touchée* » (elle accepte des massages des mains uniquement

pour l'instant par une infirmière), tout contact physique était auparavant impossible du fait de son passé. Elle a néanmoins besoin de se préparer psychologiquement par autohypnose avant chaque séance de massage. Son entourage ne lui a pas fait de retour sur les changements observés depuis cette séance d'hypnose.

c) *Au niveau professionnel*

6 patientes n'ont observé aucun apport lié à l'hypnose sur le plan professionnel. L'une d'entre elles, la jeune L, a par contre fait une reconversion professionnelle grâce à son passage au CETD et à sa reconnaissance de travailleur handicapé.

Les 5 autres patientes ont, elles, vu un apport de l'hypnose sur ce plan là :

A dit que l'hypnose a été pour elle « *un levier* » et qu'elle a beaucoup plus de projets. Ca lui a permis de se rendre compte qu'elle souhaite faire un changement radical d'orientation professionnelle: elle travaille actuellement dans une compagnie de télécommunication mais, voyant que du fait de sa maladie, l'évolution qu'elle envisageait est impossible, elle souhaite maintenant faire un métier qu'elle aime sans avoir besoin d'évolution et pense faire une formation pour être assistante vétérinaire.

Pour B, l'hypnose a été d'une grande aide pour la reprise du travail en septembre 2013, après un an d'arrêt de travail et ce contre l'avis des experts de la sécurité sociale. Ca l'a aidée en tant que préparation psychologique grâce à des mises en situation, pour la gestion du stress et de la pression et également « *pour faire comprendre à ses collègues qu'elle est malade* ». L'hypnose l'a également aidée à préparer un entretien pour un poste pour lequel elle a postulé et « *aller jusqu'au bout de ce challenge* » sans panique ni trouble de mémoire. En effet, l'hypnose l'aide à recouvrer la mémoire; depuis le début de sa fibromyalgie, elle présentait des trous de mémoire parfois importants de détails ou de journées entières, elle avait le « *cerveau lourd* » et maintenant, elle se souvient spontanément de choses comme avant la maladie.

J ressent plus de sérénité au niveau professionnel : au début de son travail de chambres d'hôte, elle souffrait d'un manque d'organisation générateur de stress important et « *maintenant c'est beaucoup mieux* ». L'expérience y contribue probablement fortement également.

S s'énerve moins face aux clients agressifs sur son lieu de travail, elle repense à l'hypnose et arrive à se remettre dans cette position de bien-être, pas complètement mais un peu. Elle prend ainsi de la distance, reste calme et est moins affectée par l'agressivité des clients.

C depuis son déblocage grâce à l'hypnose s'occupe, elle ne s'ennuie pas : elle « *créé des objets en élastiques, écrit un livre, revend des bricoles...* »

3. Autres apports de l'hypnose (au niveau des prises médicamenteuses, au niveau corporel, du rapport au monde ou autre)

- évolution des prises médicamenteuses

3 patientes (V, S et L) n'ont pas vu d'efficacité de l'hypnose à ce niveau là. L raconte néanmoins avoir appris à mieux gérer ses crises douloureuses en détournant son attention de la douleur, principe qu'elle assimile à celui de l'hypnose même si pour elle, l'hypnose a été une expérience négative. S souhaite se sevrer en antidépresseur et en anxiolytique après son départ en préretraite et compte sur l'hypnose ou la relaxation pour l'aider et se substituer aux substances chimiques.

N a tout arrêté d'un coup mais sans lien évident avec l'hypnose car elle jugeait tous ces traitements totalement inefficaces.

Les 7 autres patientes ont ressenti les bénéfices de l'hypnose en terme de diminution de prises de traitement notamment antalgique et anxiolytique, de sevrage en morphinique, en antidépresseur tricyclique ou en antiépileptique. Elles ont donc acquis grâce à l'hypnose une autonomie par rapport à la maladie et une meilleure gestion de leurs crises douloureuses :

MT a constaté une diminution de prises de médicaments après l'hypnose et l'hospitalisation pendant 6 mois puis une augmentation à nouveau suite à des événements stressants dans sa vie.

L'hypnose a permis à A de se sevrer du laroxyll[®] sans souci (alors qu'avant elle avait des signes de sevrage dès qu'elle diminuait). Elle gère par ailleurs la plupart de ses douleurs grâce à l'autohypnose et ne prend maintenant de l'ixprim[®] ou du paracétamol que si elle n'arrive pas à gérer seule ses douleurs ou également au travail du fait de la station assise prolongée ou au coucher lorsqu'elle n'arrive pas à s'endormir mais elle gère 90% de ses douleurs sans médicament.

B note une diminution du nombre de prises de dafalgan[®] (elle n'en prend plus que 2/semaine) sans autre modification de son traitement : elle ne prend qu'effexor[®] et dafalgan[®].

Pour P, l'hypnose a permis une nette diminution de médicaments, « *je prends 3 fois moins de médicaments* ». De plus, elle n'a plus besoin de kinésithérapie et a arrêté les consultations au CETD car elle peut gérer par elle-même sa maladie à présent. Elle a découvert grâce à l'hypnose qu' « *il n'y a pas que les médicaments* ».

J n'a pratiquement plus de médicaments (grâce à l'hypnose et à tout ce qui lui a été appris lors de son hospitalisation au CETD) ; elle a arrêté le Lyrica ® et ne prend qu'un antidépresseur et du Monocrixo ®

M a pu arrêter la morphine, « ça a été déjà une ouverture (...), c'est superbe ». Elle ne peut assurer à 100% que c'est l'hypnose mais pense que ça l'a beaucoup aidée.

C raconte qu'avec les traitements, elle était dans un état second (perte de notion du temps, amnésie de 14 ans de sa vie à cause des médicaments). Ils la calmaient mais surtout l'endormaient et depuis l'arrêt, elle a repris un rythme. Elle prend juste un antidépresseur et un traitement pour ses vertiges. Elle prend toujours des anxiolytiques mais utilise l'hypnose en complément. Quant aux antalgiques, elle a tout arrêté et « ne fonctionne qu'à l'hypnose » (plus l'acupuncture et la sophrologie). Lors de sa grossesse gémellaire de 2008, elle a fait une grosse « poussée de fibromyalgie » et a donc géré ses douleurs grâce à l'autohypnose (antalgiques contre-indiqués pendant la grossesse). Elle a toujours du Rivotril ® en cas de grosses crises douloureuses mais ne l'utilise pas. Elle dit « En fin de compte, c'est tous les trucs naturels qui fonctionnent sur moi, plus que les médicaments ».

- au niveau corporel

Seules P et MT n'ont pas parlé de changement constaté au niveau corporel en lien avec l'hypnose, hormis la disparition des douleurs pour MT et leur diminution pour P.

J parle d'un « bien-être dans le cerveau puis qui diffuse dans le corps » sans détailler plus.

La majorité des patientes évoque une détente musculaire, certaines évoquent une meilleure écoute ou compréhension de leur corps, une légèreté ou la disparition d'une sensation de pesanteur ou de boule abdominale :

N a ressenti « une détente musculaire intégrale, des pieds à la tête » à l'écoute de son CD d'hypnose/méditation. Même L a décrit une brève détente musculaire avant de s'être à nouveau contractée lorsque la voix de l'enregistrement a dit de ressentir des picotements agréables dans les mains. M s'est sentie « décontractée de suite » avec une « détente complète des muscles de tout le corps », « un relâchement complet et une diminution des tensions musculaires ». Elle dit qu'avec l'hypnose elle n'a « plus de force du tout car tout le corps est léger ».

A est maintenant capable de détendre facilement chaque muscle de son corps grâce à l'autohypnose et à la respiration ; elle le fait maintenant de façon automatique « et ça joue énormément sur les douleurs ». L'hypnose a modifié sa conscience du corps grâce à une expérience de surconscience ou d'hyperconscience de chaque parcelle de ses mains à l'écoute de l'enregistrement (expérience désagréable sur le moment car elle a beaucoup d'eczéma des paumes de main mais elle a malgré tout réutilisé cette technique ensuite pour gérer ses douleurs et a intégré l'autohypnose dans son quotidien). Elle dit avoir maintenant « toujours conscience de son corps et de ses positions », elle est « constamment à se redétendre ».

C, en autohypnose, ressent un « *relâchement et une détente musculaire de partout, des pieds à la tête* », et elle aussi détend chaque muscle un à un en autohypnose. C'est le fruit d'un long apprentissage. Par ailleurs, l'hypnose procure un repos corporel et une légèreté durable (malgré son obésité) et elle s'écoute beaucoup plus qu'avant.

S décrit également une détente et une prise de conscience de son corps car l'hypnose permet de se recentrer sur soi, de « *ressentir ce qui se passe en soi, ressentir son corps, plus s'écouter et comprendre son corps* ».

Pour V, au niveau corporel, l'hypnose a permis en une séance la disparition d'une « *boule dans le ventre* » qu'elle avait « *pratiquement en permanence* » et depuis sa séance d'hypnose il y a un an elle a « *dû avoir la boule au ventre peut-être une fois!* ». Elle aussi a une perception différente de son corps, et se dit « *être à l'écoute de son corps* », elle peut maintenant « *ressentir la respiration et les pulsations cardiaques* ». L'hypnose lui a appris à respirer correctement et en profondeur, elle ressent un « *gros bien être au sein de mon plexus* ». L'hypnose lui apporte également un « *relâchement complet et une décontraction* ».

B après chaque séance se sentait « *un peu vidée* ». Elle aussi a ressenti la disparition définitive de sa boule épigastrique ainsi que d'un poids sur les épaules. Elle se sent maintenant « *libérée et légère* ». Elle parle d'un « *relâchement, d'un apaisement* » et a « *l'impression pas de revivre mais de respirer vraiment, de ne plus être en apnée, de retrouver son souffle* » grâce à l'hypnose. Par ailleurs, « *son visage est plus reposé, apaisé* », elle a moins de cernes, les traits moins tirés et « *a refait peau neuve* », elle-même le ressent et son entourage le remarque également.

- au niveau du rapport au monde

Seules V et B ont évoqué des changements au niveau de leur rapport au monde. Ces changements sont, pour elles, survenus grâce à la découverte de l'hypnose et leurs propos sont fort intéressants :

V « voit le monde différemment », elle se dit maintenant « *ouverte au monde, ouverte aux gens* » et son « *rapport à la nature a changé* » ; elle avait du mal à expliquer ce qu'elle voulait dire par là et a finalement raconté pour exemple que lorsqu'elle regardait un paysage, auparavant, elle le trouvait juste joli mais dorénavant, elle le ressent de façon plus intense, « *ça vient du ventre* ».

Pour B, l'hypnose a augmenté sa perception de l'environnement et a provoqué une nette majoration de toutes ses perceptions sensorielles et son sens du beau et son plaisir sont augmentés au niveau visuel, auditif, olfactif et tactile. Seul son ressenti au niveau gustatif n'a pas été modifié depuis l'hypnose. Elle raconte qu'elle « *analyse plus les endroits* » où elle va au niveau sensoriel:

- concernant l'odorat, elle sent de plus loin les fleurs, arbres... choses qu'elle ne sentait pas avant.
- Au niveau visuel, comme V, elle raconte s'émerveiller bien davantage par rapport à avant l'hypnose devant un beau paysage ou en voyant la couleur des arbres et avec beaucoup plus d'émotion et de plaisir qu'avant.
- Au niveau auditif, elle écoute et entend beaucoup plus les sons de la nature qu'avant et notamment les oiseaux. Elle raconte à ce sujet avoir parfois interrompu une conversation entre amis en terrasse pour leur dire d'écouter le chant des oiseaux, chose qu'elle n'aurait jamais faite auparavant.
- Au niveau tactile, elle ressent maintenant beaucoup plus le besoin de toucher des choses douces (la lavande, des feuilles d'arbre, des plaids ou même des peluches). L'augmentation du toucher s'est faite également dans le versant désagréable : elle raconte par exemple être très sensible au côté rugueux de sa chaise de bureau et en être gênée.

Tous ces changements des sens sont ressentis comme très positifs, vécus comme « *une grande chance de pouvoir ressentir tout ça (...) c'est magique !* » et sont réellement source de bonheur pour elle.

Elle « s'émerveille comme une enfant » face à la nature et se sent beaucoup plus proche de la nature et des animaux. « *C'est un instinct* »

- Apports autres vu par les patientes

En plus de tout ce qui a été évoqué et cité ci-avant, certaines patientes ont remarqué des effets autres en elles, tels que la gestion des émotions ou l'acceptation de la maladie ou une meilleure aptitude à s'écouter :

A dit que la PNL lui a permis de gérer ses émotions en quelques séances seulement et de les accepter plutôt que de lutter contre. L'hypnose et la PNL ont « *fonctionné comme un levier* » pour débloquer des choses ; « *ça a changé ma vie* » dit-elle.

Pour B, l'hypnose l'a aidée à comprendre la fibromyalgie, à accepter qu'elle « *ne serait plus comme avant même mais à 30-40-50% d'avant* » même si elle est toujours un peu nostalgique ; et aussi à « *bien avancer* », à revenir vers des choses qu'elle aime et qu'elle s'empêchait de faire car son mari n'a pas les mêmes goûts (lecture, musique classique), avoir des moments pour elle. Elle dit vivre « *vraiment autre chose, (...) je ne suis plus la même* ». Grâce à l'hypnose, elle « *arrive mieux à se concentrer* » et retrouve la mémoire.

Pour P, l'hypnose a été le « *déclencheur de pas mal de choses* » et lui a permis l'acceptation de la maladie et de la douleur, une autonomie par rapport à la maladie, de mieux se connaître et de découvrir le « *pouvoir de l'esprit sur le corps (...) et sur la douleur en se fixant dessus d'une manière différente* » et lui a apporté une « *façon d'être et d'appréhender la vie et les choses différemment* ».

M parle d'une « *renaissance* » depuis sa séance d'hypnose avec le psychologue du CETD, « *je revis, (...) ça m'a franchement aidée* ». Elle se sent nettement mieux depuis 1 an mais ne peut pas dire que c'est l'hypnose à 100% car la RTMS a été bénéfique aussi. Elle pense que l'hypnose l'a « *apprêtée à recevoir le reste des soins* » et qu'elle était grâce à l'hypnose « *plus réceptive aux autres traitements* ». L'hypnose lui a apporté l'acceptation de la maladie, une prise importante de recul, le fait de savoir dire non. Si elle n'est pas capable de faire telle ou telle chose, elle relativise et se dit « *c'est comme ça* ». Elle dit que « *beaucoup de choses sont revenues et c'est très très appréciable (...) c'est formidable* ». Et enfin elle dit reprendre plaisir.

S, grâce à l'hypnose, arrive à prendre du recul, à relativiser. Avant elle s'énervait, prenait les choses à cœur et maintenant se dit « *ce n'est pas grave* » et en rigole.

C relate que l'année dernière, « *l'hypnose l'a réveillée* » d'une espèce de torpeur dans laquelle elle était depuis 13-14 ans et beaucoup de choses se sont mises en place depuis les dernières séances en 2013 qui ont été les plus bénéfiques. Elle parle d'une « *évolution monstrueuse, (...) une progression immense!* » depuis qu'elle a accepté de se laisser plus aller en hypnose: « *tout s'est débloqué* » alors qu'avant, malgré 12-13 ans d'hypnose, elle voyait peu d'amélioration. Elle « *se retrouve, (...) avance* », et commence à accepter sa fibromyalgie, à s'accepter elle-même, à accepter de faire un travail « sur chaque couche d'oignon » du passé. L'hypnose lui a « *ouvert beaucoup de portes* » et elle prend plus de temps pour elle.

F. Expérience de l'hypnose

	N	A	V	MT	B	L
Nb de séances et avec qui	1:médecin au CETD 1 : CD acheté	1 : CD au CETD 6 à 10 : PNL par une psycho en libéral	1 : psycho du CETD	1 : CD au CETD	1 par psycho au CETD, 1 par CD au CETD, 6 à 8 par une psycho en libéral	1 par CD au CETD
Vécu de la séance	« Pas partie au CETD », + après CD	- avec CD, + en PNL	+	+	- pour les 2 au CETD, + avec sa psy	+ qlq min,- ensuite
Evènement traumatique du passé	non	1fois (décès de sa grand-mère)	non	non	1 fois (manque d'argent et de nourriture)	non
Exercice testé	La faire parler, bien-être	Analgésie de la main, PNL	Bien-être, détente	Analgésie de la main	Plusieurs différents	Analgésie de la main

	P	J	M	S	C
Nb de séances et avec qui	1 par CD au CETD	1 par CD au CETD, 3 par un hypno-thérapeute en libéral	1 en 2009 par un médecin généraliste, 2 en 2013 par psycho du CETD	1 en 2009 par CD du CETD, 5-6 en 2013 par une psycho en libéral	Début en 2000, beaucoup de séances car pendant 6 ans : 2 à 3 séances/mois
Vécu de la séance	+	+	- en 2009, + en 2013	« Pas partie » en 2009, + ensuite	+ jusqu'à apparition de la fumée noire= signal de danger
Evènement traumatique du passé	1 fois (décès de sa grand-mère)	non	non	non	Parfois fumée noire en descendant des marches
Exercice testé	Analgésie de la main	Bien-être	Bien-être	Analgésie de la main+Rossi	Bien-être, 1 séance avec des dessins

G. Représentations de l'hypnose et intégration par les patientes

1. Représentations ou idées de l'hypnose avant de tester la technique

7 patientes pensaient que l'hypnose consistait à plonger les gens dans un sommeil profond et qu'ils étaient alors complètement endormis et totalement inconscients (de ce qui se passait autour d'eux, de ce qu'ils disaient...).

Parmi elles, 5 patientes avaient l'image de l'hypnose spectacle « *comme on voit à la télé* » ou « *hypnose loisir* », où les hypnotiseurs sont comme des « *magiciens* » qui endorment les gens et prennent le contrôle sur eux. Les personnes hypnotisées peuvent alors faire n'importe quoi sans s'en rendre compte. Ceci bien sûr donnait à la plupart des patientes un a priori très négatif de l'hypnose. A distance, même après avoir vécu une expérience d'hypnose, quand elles parlent de l'hypnose spectacle, elles restent troublées et disent qu'il s'agit probablement d'une hypnose différente de ce qu'elles ont testé, plus profonde. « *Ca fait drôle* », « *je me dis que c'est du cinéma mais il paraît que c'est vrai* ».

8 patientes ne croyaient pas du tout en l'hypnose et en un éventuel effet thérapeutique. Elles pensaient que c'était « *de la foutaise* », « *du blabla* », « *du flan, un peu comme les rebouteux ou les magnétiseurs (...)* je ne voyais pas ça comme un traitement », que les hypnothérapeutes étaient des « *charlatans* ». Certaines pensaient également que l'hypnose

spectacle montrée à la télévision n'était que du cinéma avec des acteurs qui étaient de connivence avec l'hypnotiseur, « *je pensais qu'ils en rajoutaient* ». Plusieurs se décrivent comme très cartésiennes et que pour elles, l'hypnose « *ce n'était pas logique* », c'était « *quelque chose d'abstrait* » qui « *faisait sourire* » donc elles étaient « *un peu sceptiques* » voire « *hyper sceptiques* », elles ne croyaient pas « *que l'esprit puisse faire des choses comme ça* ».

6 patientes évoquent un sentiment de peur avant d'avoir testé l'hypnose : peur de l'inconnu, peur d'une perte de contrôle totale de leurs actes (crainte de faire n'importe quoi) et de leurs paroles (crainte de dévoiler des choses qu'elles n'ont pas envie de dire), peur de cet état d'endormissement profond ou d'inconscience « *comme on voit à la télé* » et 3 d'entre elles ont parlé de leur peur d'être abusées par le thérapeute pendant la séance « *il y a des psychiatres qui ont profité de leurs patients mais j'imagine qu'elles sont endormies* », « *l'hypnotiseur peut faire n'importe quoi sur nous pendant qu'on est hypnotisé* ». Une patiente avait beaucoup d'angoisses car pour elle, au même titre que les psychologues, l'hypnose c'était « *pour les fous* ». Une autre, malgré sa confiance en la technique, avait « *un peu peur que des événements traumatiques du passé remontent* ».

Une patiente évoque l'ambiguïté de sa vision de l'hypnose : d'un côté elle n'y croyait pas et ne voyait pas les bienfaits que ça pouvait apporter car il s'agissait pour elle de charlatans, et d'un autre côté, elle en avait peur car ça représentait « *quelque chose de presque dangereux parce que trop intense* » avec perte totale de contrôle. Une autre patiente disait « *je savais que l'hypnose était quelque chose de fort* », ça ne l'effrayait pas mais la troublait.

Seules deux patientes (N, celle qui est manipulatrice en radiologie et MT celle qui était infirmière) avaient confiance en cette technique ; N avait d'ailleurs beaucoup d'attentes ; elle avait vu un reportage sur l'hypnose médicale et pensait qu'on était « *à la fois conscient et sur un nuage* », que c'était « *un sérum de vérité* » qui faisait tout dire, même ce qu'on veut cacher. La patiente S pensait également qu'en hypnose, « *on répondait aux questions pour faire ressortir des choses de l'enfance* ».

2. Facteurs ayant permis l'acceptation de la technique

Comme on peut le constater, toutes les patientes sauf une ou deux avaient une idée négative sur l'hypnose : soit elles n'y croyaient pas du tout, soit l'hypnose les effrayait ; pourtant toutes ont accepté de tenter l'expérience durant leur hospitalisation au CETD.

La principale raison évoquée dans le fait d'avoir accepté de tenter cette expérience était le fait d'être « *prêtes à tout essayer* » pour « *pour gagner un peu de mieux* » être soulagées de leurs souffrances décrites comme atroces et intenable. Elles voulaient « *trouver une porte de sortie* », l'une plutôt sceptique à la base dit que « *quand on souffre, on essaye de se porter sur différentes choses mais sans trop y croire* ». Une patiente dit : « *j'y allais pour prendre un petit peu les choses en main parce que de toutes façons, si j'avais accepté moi* »

cette hospitalisation, c'est parce que je n'arrivais plus à gérer moi à la maison donc je me suis dit que j'allais tout essayer et tout accepter. De toutes façons j'étais là pour ça ».

L'autre raison évoquée, malgré la peur que l'hypnose pouvait leur inspirer, était l'absence de risque dans le fait de tester la technique « *ça ne va pas me faire de mal de toutes façons* » donc « *pourquoi ne pas essayer, il n'y a rien à perdre* » et l'idée que « *si ça marche tant mieux !* » « *Pourquoi pas? Autant tenter tout ce qui s'offre à moi* », « *Si on n'essaye pas, on ne peut pas savoir si ça marche* », « *qui ne tente rien n'a rien* » etc.

Le contexte hospitalier donne de la crédibilité à la technique et crée un environnement de confiance rassurant. Une patiente relate que pendant l'hospitalisation, elle se sentait « *comme enivrée (...) dans un autre état d'esprit* » donc elle a même accepté de tester l'hypnose malgré son scepticisme. Une autre « *avait l'opportunité donc voulait essayer* », elle savait que voir un psychologue pouvait faire du bien et « *pensait que ça allait être doux* » (son expérience a été toute autre car elle a eu un vécu violent de la séance du fait d'un manque d'explications préalables). Le fait de voir d'autres personnes sceptiques essayer et le fait que « *C'était dans le programme* » a donné à certaines l'envie de tester également. Le fait d'être en groupe avait donc un effet stimulant et elles ont donc essayé « *de bien faire l'exercice, le plus sérieusement possible* ».

Enfin, le fait que la technique soit conseillée par des professionnels de santé a contribué à donner une certaine fiabilité à cette approche psycho- corporelle qu'est l'hypnose. Une patiente (M) raconte avoir été « *poussée par son médecin* » en 2009 et y est donc « *allée sans grande conviction* » pour se dire qu'elle avait tout essayé. Elle ne voyait vraiment pas ce que ça pouvait lui apporter mais vu que c'était sur conseil de son médecin traitant, elle l'a fait (malheureusement, cela n'avait pas été une bonne expérience car le médecin qu'elle a vu l'a « *braquée dès le départ* ») et en 2013, elle a accepté de réessayer avec le psychologue car elle se sentait en confiance et s'est dit « *pourquoi ne pas réessayer?* », (cette fois sans regret car ça a été très bénéfique pour elle !)

La patiente C qui a débuté l'hypnose il y a 13-14 ans, explique combien il a été compliqué pour elle d'accepter les méthodes naturelles, incluant l'hypnose car, avant sa fibromyalgie, elle était opposée à ce genre de choses. Elle dit « *ça m'a pris du temps, beaucoup de claques* » pour comprendre les différents outils qu'on lui proposait car elle pensait « *que ce serait du jour au lendemain* ». Concernant l'hypnose plus spécifiquement, elle raconte : « *je n'osais pas ça, il m'a fallu du temps pour croire* », elle refusait au départ puis a accepté uniquement grâce à la voix douce et rassurante d'un psychiatre et aux nombreuses explications sur l'hypnose qu'il lui a délivrées ; elle s'est sentie en confiance. Le fait de savoir que l'on est toujours conscient en état d'hypnose lui a fait accepter la technique. De plus, ce psychiatre a respecté son rythme : ses débuts en hypnose ont été très progressifs (au départ, quelques minutes puis augmentation très progressive jusqu'à avoir des séances complètes).

Les 2 patientes qui avaient confiance en cette technique venaient toutes deux du milieu paramédical. N a toujours été ouverte aux méthodes naturelles et était très demandeuse d'en

faire car elle « *pense qu'on n'utilise que très peu de notre cerveau* ». MT était également ouverte à l'hypnose avant d'essayer.

3. Représentation de l'hypnose thérapeutique après l'avoir essayée

Malgré sa motivation et ses attentes, N n'a pas réussi à « partir » lors de la séance d'hypnose au CETD mais elle a retesté seule chez elle la technique car elle pense qu'il faut un apprentissage pour se concentrer et réussir à vivre pleinement l'expérience (d'ailleurs elle a vécu l'état de bien-être qu'elle imaginait à l'écoute d'un CD ultérieurement).

La plupart des patientes racontent avoir été très surprises de découvrir que l'hypnose n'était pas du tout ce à quoi elles s'attendaient, « *ça n'a rien à voir* », l'une parle même d'une « *révélation* ». Elles se sont rendu compte qu' « *en fait en hypnose il y a une certaine conscience* », qu' « *on n'est pas du tout inconscient* » mais au contraire « *très consciente du moment présent* ». Pour certaines, on est « *à la fois conscient et surconscient* », dans une sorte d' « *hyperconscience* ». D'autres décrivent cet état comme un dédoublement : « *je parlais mais j'entendais tout et une autre partie de moi était partie (...) j'étais dédoublée, complètement(...) on entend tout et on n'est plus là pour réagir (...) on reste dans notre monde* », « *partie ailleurs tout en entendant sa voix parler (...) là sans être là* ». En état d'hypnose, « *on est vraiment dans un état second* », « *complètement dans une sorte de petite bulle* », « *pas endormi mais plus ou moins dans un genre de sommeil (...) ça déporte complètement la conscience ailleurs(...) comme coupée du monde extérieur* », « *je ne dors pas, j'entends tous les bruits extérieurs, je sais ce qui se passe autour de moi mais je laisse mon corps se reposer, je lâche tout, tous les muscles et tout le reste* ».

Pour décrire cet état, celle qui a ressenti sa symptomatologie habituelle dans les mains dit « *je me rends compte qu'en fait, c'est plus un état de relaxation qui joue sur le psychisme et invite le patient à créer lui-même sa détente en fait* » et que « *l'hypnose en soi ce n'est pas difficile* » et ajoute : « *pour moi c'est tombé à l'eau mais c'est intéressant !* »

Contrairement à l'image qu'elles avaient d'une perte totale de contrôle, elles se sont rendu compte qu'en fait « *on garde un contrôle quand même* », « *on peut s'arrêter et reprendre* » et plutôt que d'un pouvoir du thérapeute sur la patiente, l'une d'elles parle d'une « *forte connexion* », d'une « *hyperconnexion avec la psy* ».

L'effet produit par l'hypnose est un « *travail sur soi* » qui « *libère tellement l'esprit* » et qui procure un « *bien-être que je n'imaginai pas au départ* ». Plusieurs ont avancé des explications à son efficacité : « *on est réceptif aux messages subliminaux peut-être* », « *l'hypnose m'a apporté des endorphines* », « *comme un état morphinique (...) sans médicament* ». Une autre dit qu'elle va « *mieux grâce à l'hypnose car le cerveau est plus irrigué* », pour une autre le but est d' « *essayer que le subconscient change* ».

Plusieurs patientes ont pris conscience qu'il s'agit d'un investissement personnel, d'un apprentissage, d'un entraînement « *au départ, on pense que c'est magique, que ça va tout*

régler » mais en fait « *il n'y avait pas de remède miracle* », « *il faut être partant et battant* », « *ça ne se fait pas tout seul, il faut une volonté d'y arriver* ».

. Et pour ce faire, « *Des fois il faut savoir prendre le temps pour soi. Et ce n'est pas toujours facile!* ». L'une se contredit en disant à un moment donné que « *c'est abstrait, assez compliqué (...) pas simple* » et à un autre moment que « *c'est simple* » mais qu'il y a une nécessité d'« *en faire suffisamment et assidument* ». Les adjectifs utilisés pour décrire l'hypnose depuis qu'elles l'ont essayé sont : « *fascinant* » « *formidable* », « *super* » « *magique* »... Ce qui contraste grandement avec leur vision de l'hypnose de départ, avant d'essayer.

Plusieurs regrettent « *qu'on n'en parle pas plus* », que ce ne « *soit pas proposé plus pendant l'hospitalisation car plusieurs patients étaient partants* » et qu'on ait « *un grand retard par rapport aux pays nordiques* ». 3 patientes ayant eu un vécu violent ou désagréable d'une première séance (B, A et M) pensent qu'il serait bon d'en reparler même si une première séance a été un échec, une autre (MT) regrette que l'hypnose ne soit pas remboursée et n'avoir donc pas pu poursuivre dans cette voie. Quelques unes suggèrent qu'« *il faudrait une séance d'entretien par an, comme pour l'ostéopathe* », « *il faudrait en faire une séance de temps en temps pour lâcher prise un bon coup* ».

4. Evaluation de l'hypnose à court terme, à long terme et de la satisfaction

Lors de l'évaluation sur 10 de l'efficacité à court terme de l'hypnose, la moyenne des notes est de 6.9/10 avec une médiane à 8/10 (les notes allant de 3 à 10/10). 2 personnes ont mis 3/10 : l'une car elle n'a pas eu l'impression de partir du tout pendant la séance, l'autre qui trouvait cela compliqué. Celle qui a ressenti des paresthésies dans les mains a tout de même mis 5/10.

Concernant l'évaluation sur 10 de l'efficacité à long terme de l'hypnose, la moyenne des notes est de 5.5/10 avec une médiane de 6 (les notes allant de 0 à 10/10). Les 3 personnes sus-citées ayant mis les moins bonnes notes à l'hypnose concernant l'efficacité à court terme ont mis 0 à long terme, 1 personne n'a pas su donner de note à la technique car elle n'est pas sûre de la part d'améliorations liée à l'hypnose ou aux autres techniques testées. MT, seule personne qui va moins bien maintenant qu'avant son hospitalisation, a mis 10 pour l'efficacité à court terme et pour la satisfaction mais n'a mis que 2 pour l'efficacité à long terme car elle n'en a pas refait et a manqué d'assiduité. Une autre patiente qui a constaté beaucoup de changements dans sa vie, dont des changements profonds, grâce à l'hypnose n'a mis que 5/10 parce qu'elle en a refait à maintes reprises depuis...

Et enfin, concernant la satisfaction par rapport à la technique, bien que les notes soient plutôt mitigées concernant l'efficacité de l'hypnose, la moyenne des notes est de 8.9 pour la satisfaction avec une médiane à 10 (les notes allant de 5 à 10), sachant que 2 patientes n'ont pas réussi à donner de note : l'une a répondu qu'elle était très satisfaite, l'autre se disait

satisfaite mais que ce n'était pas son truc. Celle qui a mis 5 aurait mis 7-8 si elle avait eu un vécu agréable tout au long de la séance et n'avait pas ressenti de paresthésies dans les mains.

5. Suite donnée à la première expérience d'hypnose et intégration éventuelle de la technique (autohypnose)

2 patientes n'ont pas refait du tout d'hypnose: L et J. L n'a pas retenté du fait de son expérience très désagréable (paresthésies des mains) et dit « *ça m'a un peu refroidi sur l'hypnose* » et « *ne souhaite pas en refaire pour l'instant* ». Cependant elle n'est pas fermée pour autant à la technique car elle ajoute : « *il faudrait que je retente l'hypnose (...) peut-être quand j'aurai plus de maturité* » car elle pense malgré tout que « *ça peut être utile* ». L s'inspire néanmoins de la technique de l'hypnose au quotidien pour détourner son attention des douleurs (en écoutant de la musique, en chantant, en s'occupant...).

J avait eu un très bon vécu de ses 3 séances d'hypnose avec un hypnothérapeute et en voit encore les bénéfices sur différents aspects de sa vie bien qu'elle ait arrêté l'hypnose et qu'elle ne l'utilise pas. Par contre, elle sait qu'elle peut l'utiliser si un jour elle a un problème. Elle souhaiterait d'ailleurs en refaire avec un autre thérapeute pour voir une autre technique et pense qu'une « *séance d'entretien (...) une fois par an* » serait bénéfique. Elle dit gérer mieux ses douleurs sans médicament (sans donner plus d'explications) mais ne fait pas d'autohypnose.

4 autres patientes (N, MT, S et V) ne font pas d'autohypnose mais ont partiellement intégré l'hypnose dans leur quotidien. N n'a pas refait d'hypnose mais s'est « *acheté des CD d'autohypnose, relaxation et de méditation* » et a connu un état de transe hypnotique bénéfique à l'écoute de l'un de ces CD. MT, lors d'angoisses, utilise la respiration pour gérer son stress et sa douleur. Elle n'a réécouté l'enregistrement que 2 fois depuis son hospitalisation puis a perdu le CD. Néanmoins, elle ressent un grand besoin d'en refaire depuis 4 mois car elle ne se sent pas bien psychologiquement. Elle sait que si elle continue l'hypnose, ça peut lui apporter beaucoup. Elle n'a « *pas assez expérimenté* » (problèmes financiers et perte du CD) et souhaiterait en refaire pour travailler des événements traumatiques du passé. La patiente S a eu 6-7 séances au total ; elle ne l'a pas reproduit chez elle non plus (« *manque d'assiduité pour que ça marche* », ne prend pas le temps car planning chargé...) et elle trouve que pratiquer l'hypnose « *soi-même, ce n'est pas évident, c'est moins enrichissant* ». Elle ressent le besoin d'avoir une personne pour la guider car l'hypnose est moins dans ses cordes que la relaxation (qu'elle pratique par contre chez elle). Elle prévoit pourtant d'en faire tous les 2-3 jours dès la préretraite en mars pour pouvoir faire ça tranquillement et pouvoir arrêter les médicaments et compenser par les méthodes douces. Elle pense qu'il faut qu'elle « *perdure là-dedans* », qu'elle peut y arriver bien que l'hypnose lui semble encore un peu abstraite et complexe. V n'a eu qu'une séance d'hypnose et elle a ensuite débuté la sophrologie et la méditation sur internet après son hospitalisation : « *l'hypnothérapie m'a ouvert une porte qui est restée ouverte* ». Au départ, elle en faisait tous les jours ; maintenant, que lorsqu'elle en ressent le besoin, c'est-à-dire environ une fois par

mois. Par ailleurs, elle utilise ce qu'elle a appris en hypnose « *toute la journée, quand je suis un petit peu stressée* », « *dans n'importe quelle activité, j'essaye de respirer par le ventre* », elle ajoute que « *respirer correctement ça aide, ça évite que les angoisses remontent donc ça aide à diminuer les douleurs* ». Elle dit que cette découverte est un « *gros plus* » pour elle au quotidien.

B a eu une dizaine de séances au total, seules les 8 séances qu'elle a eues avec sa psychologue ont fonctionné et été très bénéfiques. Elle va en refaire prochainement avec sa psychologue et s'en réjouit. Elle n'a utilisé l'autohypnose qu'à quelques reprises seulement : au départ après sa reprise du travail (elle s'« *isolait à l'archivage, fermait les yeux et repensait aux séances d'hypnose* ») et une fois, durant une soirée qu'elle organisait, dans un moment de grand stress et d'énervement secondaires à sa fatigue importante. Elle dit que « *ça a été machinal* » d'en faire à ce moment-là (elle s'est isolée et a fait un exercice de respiration en alternant fermeture et ouverture des poings durant quelques minutes comme elle l'avait fait en séance d'hypnose avec sa psychologue, ça l'a vraiment calmée puis elle a pu apprécier la soirée). Elle trouve que « *toute seule, c'est plus dur* » et dit avoir du mal à le faire. Elle est pourtant de toutes les patientes celle qui a rapporté le plus de bénéfices et d'améliorations liés à l'hypnose.

4 patientes (A, P, M et C) rapportent avoir totalement intégré la technique dans leur quotidien. La patiente A, après avoir appris la technique de l'enregistrement visant à insensibiliser la main et à transmettre l'anesthésie vers la zone douloureuse du corps, en a un usage quotidien pour soulager ses douleurs « *j'essaye toujours de me soulager par moi-même* » et dit s'en être « *resservi beaucoup et ça marche! Pas systématiquement mais pour d'autres parties du corps.* ». Lorsqu'elle a de grosses douleurs à un endroit bien précis, elle se concentre, attire toute son attention sur cet endroit pour essayer de dénouer. « *Maintenant je parle à mon corps* » dit-elle. Elle prend conscience de tous les détails puis trouve une solution. La respiration l'aide également à faire passer les douleurs. Elle souhaite refaire des séances pour travailler une rupture de 2007 qui lui laisse encore de l'amertume aujourd'hui. La patiente P utilise également la technique quotidiennement et de façon systématique (respiration plus concentration sur quelque chose) pour se calmer, pour s'endormir, pour gérer ses douleurs même importantes (l'autohypnose ne permet pas de disparition de la douleur mais une nette diminution de son intensité, une acceptation de cette douleur et elle lui donne donc moins d'importance) ou pour son vécu dans la vie d'une façon générale comme par exemple pour faire face à des problèmes. Elle l'utilise le plus possible. Pour pouvoir faire de l'autohypnose, il lui faut un environnement propice: il faut pour que ça marche bien « *prendre du temps pour soi et que l'esprit soit attentionné à soi* », s'isoler un peu, ne pas avoir d'interaction directe s'il y a des gens autour... Si elle ne peut pas faire d'autohypnose du fait de l'environnement, elle respire un peu plus quand elle en ressent le besoin. Au départ, elle écoutait l'enregistrement mais y arrive seule sans l'enregistrement. Elle dit que c'est « *présent quotidiennement* » dans son esprit et referait bien des séances si elle en avait l'occasion.

La patiente M, quant à elle, pense à l'hypnose au moins une fois par semaine et « arrive très très bien à le reproduire à la maison ». Elle se met en position d'hypnose mentalement (s'imagine dans son jardin, fait des grandes respirations pour se relâcher, elle imagine l'air qui part de sa bouche, va dans ses poumons et l'envoie jusqu'aux pieds). Pour elle, elle n'est « pas en hypnose complète » car elle ne plane pas pendant 1h30 après (contrairement à après ses deux séances par le psychologue) mais elle « arrive à décrocher(...) je me détends (...), ça me calme et je me sens bien après ». Elle juge qu'il est « facile de relâcher tous ses muscles ». Elle pense qu' « il faudrait faire une séance de temps en temps pour lâcher prise un bon coup » et puisqu'elle a eu une mauvaise expérience en 2009 et un très bon vécu de ses séances en 2013, elle sait que, si elle devait avoir une autre séance maintenant, elle saurait directement si « ça passe ou ça ne passe pas » avec la personne qui lui propose l'hypnose.

C après 13 ans d'hypnose sans amélioration majeure, a arrêté de faire des séances avec le psychologue du CETD car les dernières séances ont été très bénéfiques pour elle, elle se sent mieux, plus légère depuis un an - un an et demi. Elle utilise beaucoup l'autohypnose et des exercices de respiration au quotidien, ça occupe une place importante dans sa vie et elle en fait parfois même sans s'en rendre compte, elle « le fait parfois inconsciemment », « c'est naturel chez moi, c'est comme ancré en moi ». Elle dit que l'autohypnose lui « permet de tenir le choc » et est devenue nécessaire pour elle. Elle en fait même à la piscine sur des frites (ce qui a fait paniquer à plusieurs reprises les maîtres-nageurs) ! L'autohypnose lui sert pour gérer ses douleurs et également pour se préparer psychologiquement avant toute sortie et avant tout contact social (sauf avec son mari et ses enfants). Elle relate qu'il lui a fallu plusieurs années d'expérience pour réussir. Elle trouve que c'est plus dur seul plutôt qu'avec un thérapeute et dit avoir plus de difficultés à s'autohypnotiser quand les douleurs sont très fortes à 8-10/10. Elle souhaite refaire de l'hypnose avec quelqu'un d'autre, qui ne la connaisse pas, pour travailler des choses du passé.

On peut remarquer que 9 patientes ont intégré totalement ou partiellement la technique et 6 d'entre elles ont évoqué spontanément la respiration et ses bienfaits comme un élément important dans leur pratique quotidienne.

On note que la définition d'autohypnose représente pour certaines l'hypnose par enregistrement « car c'est le patient qui se concentre » et l'hypnose c'est avec quelqu'un en face de soi. L'une d'elles évoque sa crainte de « l'autohypnose » et souhaiterait être conseillée pour trouver un bon CD pour la guider.

V. Analyse des résultats

A. Expérience de l'hypnose

Tableau I : effets transitoires de l'hypnose

+ effet positif, - effet négatif, +/- effet positif puis négatif, -/+ effet négatif puis positif, 0 : pas d'effet, case vide : pas mentionné par la patiente

	N	A	V	MT	B	L	P	J	M	S	C
Douleur	-/+	-/+	+	+	+	+/-	+	+	-/+	+	+
Fatigue	-/+			+					+		
Sommeil	-/+	0		+	+		+	+	+		
Anxiété	-/+		-/+	+	+	+	+	+	-/+	+	+
Humeur	0		-/+	+	+	+/-	+		-/+	+	+
Mobilité				+							
corporel	+	+	+		+	+/-			+	+	+
médicaments				+							

Tableau II : effets persistants à un an de l'hypnose

0/+ : première réponse : pas d'effet puis réponse modulée, case vide : pas mentionné par la patiente

	N	A	V	MT	B	L	P	J	M	S	C
Douleur	0	+	+	0	+	0	+	+	+	0	+
Fatigue	0			0	+	0	+	0	0	0	0
Sommeil	0	0	0/+	0	+		+	+	+	0	0
Anxiété	0	0	+	0	+	0	+	+	+	+	+
Humeur	0	+	+	0	+	0	+	+	+	+	+
Traumatisme		+	+		+		+				+
Mobilité/activités	0			0	+		+	+	+		+
Social	0	+	0/+	0	+		+		+		+
Professionnel		+			+		0	+		+	+
corporel		+	+		+	0			+	+	+
Médicaments		+	0	0	+		+	+	+		+
Rapport au monde			+		+						
autres		+			+		+		+	+	+

1. Lien entre nombre de séances et efficacité de l'hypnose

Dans ce travail, l'efficacité de l'hypnose ne semble pas dépendre du nombre de séances faites par les patientes. En effet, P par exemple a fait une seule séance par enregistrement qui lui a été très bénéfique sur plusieurs plans, elle a intégré la technique dans son quotidien et constate maintenant des changements profonds en elle et dans sa vie. De même V a eu une seule séance avec le psychologue du CETD et relate de nombreux changements positifs dans sa vie depuis en lien avec la découverte de l'hypnose dont notamment la disparition d'un état de stress post-traumatique perdurant depuis l'enfance. Elle a d'ailleurs intégré dans son quotidien l'hypnose sous forme de méditation et sophrologie. Par contre, L, MT et N n'ont eu qu'une séance et elles ne constatent aucun apport à distance de l'hypnose. L avait mal vécu sa séance par enregistrement et avait donc interrompu cette séance car cela avait déclenché sa symptomatologie douloureuse habituelle dans les mains, MT avait ressenti un bénéfice net pendant les 6 premiers mois sur différents plans mais qui a disparu après la survenue de plusieurs événements choquants dans sa vie et enfin N n'a eu qu'une séance pendant laquelle elle n'a pas eu l'impression d'être «*du tout partie*» car ce n'était pas le bon moment pour elle (trop d'évènements à gérer) et elle n'a pas ressenti de bénéfice particulier après cette séance (par contre après l'écoute d'un «*CD d'autohypnose-méditation* » oui mais durant 2 jours seulement).

S, quant à elle, a eue au total 5-6 séances : la première en 2009 par enregistrement au CETD totalement inefficace sur elle puis les autres depuis février 2013 avec une psychologue libérale et en a eu 5 ou 6. Malgré ce nombre plus important que V et P (qui n'en ont eu qu'une), les conséquences dans sa vie sont nettement moindres.

De même, on peut comparer M et C. M a eu au total 2 séances d'hypnose : la première en 2009 avec un médecin en libéral qui s'est très mal passée, a été anxiogène et ne lui a rien apporté de bon puis la deuxième avec le psychologue du CETD pendant son hospitalisation en 2013 qui a permis de nombreux changements profonds chez la patiente. C, quant à elle, a eu un nombre impressionnant de séances d'hypnose depuis 2000 à raison de 2 ou 3 séances par mois mais sans grande évolution hormis au niveau de la mobilité. Elle n'a vraiment intégré l'autohypnose dans son quotidien que depuis 2008 pour la gestion de ses douleurs. Elle explique que ça a été «*un long apprentissage* » et qu'au départ elle n'acceptait pas et ne comprenait pas cet outil. De plus, elle n'a ressenti un déblocage que l'année dernière et de nombreux changements profonds et améliorations sont survenus depuis. Auparavant, malgré les centaines de séances d'hypnose qu'elle avait eues, elle ne s'était pas laissée complètement aller lors des séances et n'avait pas connu de telles avancées. La patiente A, par contre, a intégré cette technique dans son quotidien pour la gestion des douleurs et dit que «*l'hypnose occupe au moins 50% de (sa) vie* » et ce après seulement une seule séance d'hypnose par enregistrement qu'elle avait vécue comme désagréable! Les autres changements profonds (sur l'humeur, la gestion de ses émotions, les nouveaux projets

professionnels...) sont arrivés depuis sa découverte en février de la PNL (technique proche de l'hypnose) en 6 à 10 séances avec sa psychologue.

J a eu 4 séances au total très bénéfiques pour elle et B a eu une dizaine de séances : deux séances pendant son hospitalisation au CETD (une par le psychologue, l'autre en groupe par enregistrement) qui ont toutes deux été très mal vécues par la patiente puis 6 à 8 séances depuis septembre 2013 avec sa psychologue qui lui ont permis de faire toutes les belles avancées dont elle a parlé !

2. Lien entre thérapeute et efficacité de l'hypnose

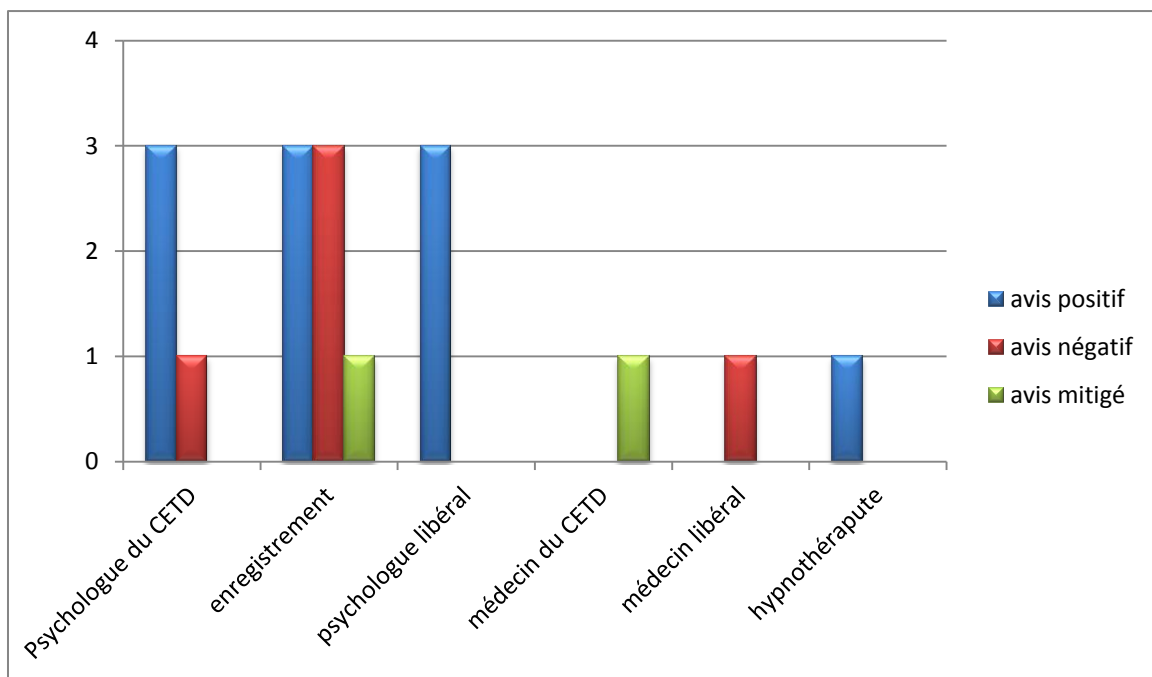


Figure1 : Diagramme de satisfaction en fonction du thérapeute

Ce petit diagramme montre qu'un même thérapeute (si l'on considère la voix de l'homme sur l'enregistrement proposé au CETD comme un thérapeute) peut soit convenir parfaitement à certains ou au contraire déplaire fortement à d'autres. Par exemple, le vécu d'une séance avec le psychologue du CETD a pu être décrit en des termes élogieux ou au contraire très péjoratifs. Pour M, ce psychologue est une personne « *calme, douce (...)* attentive, sereine ». Elle aimait sa « *façon de parler, même ses gestes* », et le décrivait comme ayant une « *voix douce, calme et reposante* ». Son vécu a été tout le temps agréable et c'était pour elle une expérience « *magnifique* ». Elle a eu une « *confiance terrible* » directe

dans ce psychologue, dès le départ et se sentait « *en sécurité complète, très rassurée* ». De même, pour V et C, la voix de ce psychologue était « *apaisante, envoûtante* », « *rassurante* » et « *faisait partir* ». Par contre, la patiente B a eu un très mauvais vécu de sa séance avec ce psychologue qu'elle qualifie d' « *agressif, brutal* », « *trop braque, rentre- dedans* », elle dit « *il a essayé de rentrer dans ma bulle* » et s'est beaucoup approché d'elle quasiment jusqu'au contact physique. Elle l'a trouvé « *trop pressant avec ses questions* », il ne lui laissait « *pas le temps de réfléchir* », elle s'est sentie jugée « *cruche ou fille ignare* ». Elle a été « *très perturbée et affectée* » pendant plusieurs nuits par cette séance et ça a généré une grande angoisse en elle, ça l'a « *tétanisée* » et elle en est sortie en pleurs. Elle dit que pour elle « *c'était trop violent, c'était terrible* ». Contrairement aux autres, elle dit qu'il avait le « *verbe haut et sec* », que dès le départ elle n'était pas rassurée et s'est dit « *plus jamais ça!* » après cette première séance.

Il est difficile de concevoir que toutes ces patientes décrivent la même personne mais c'est pourtant bel et bien le cas. Ces exemples montrent bien que la perception d'un thérapeute et donc d'une séance d'hypnose peut différer du tout au tout d'une patiente à l'autre. Ceci est-il dû à la personnalité propre de chaque patiente et à une sensibilité particulière à un moment donné ou alors à une attitude montrant un agacement ou une certaine nervosité du thérapeute à un moment donné ? Difficile d'y répondre avec certitude ; néanmoins la sensibilité propre de chaque patiente est certainement en lien avec son ressenti du thérapeute car en ce qui concerne l'enregistrement diffusé lors de leur hospitalisation, elles ont toutes entendu le même et là encore leurs ressentis diffèrent : 3 personnes sont bien « *parties* » et ont apprécié la séance mais 3 autres ont eu un mauvais vécu de la séance ou alors étaient gênées par la voix de l'homme qui parlait. Pour A, MT et L, la séance par enregistrement a bien fonctionné (au moins au début pour L). MT dit que l'homme sur l'enregistrement « *avait une voix spéciale, un peu monocorde, pas autoritaire, pas brutale mais qui porte, forte, très forte* » ce qui ne l'a pas gênée, bien au contraire puisque cette voix qui « *obligeait à être dans le moment présent* » l'a aidée. De même, L décrit sa « *voix grave, assez posée, apaisante* » tandis que B, au sujet de la voix de ce monsieur sur l'enregistrement, dit qu'elle « *la stresse* », l'énerve et qu'elle est « *grave, rauque, forte, bizarre, aboyante* » et qui résume en disant que « *ça ne passe pas* ». De même, la patiente M dit que l'homme sur l'enregistrement avait « *une voix forte sur musique calme* » qui la dérangeait et la faisait sursauter à chaque fois qu'il parlait. La patiente S était également dérangée, comme d'autres patientes du groupe, par la voix « *pas agréable* » de l'enregistrement, voix qui « *ne passait pas* » comme elle dit.

Par ailleurs, pour 7 personnes sur 11, la confiance dans le thérapeute est la base pour qu'une séance d'hypnose se passe bien et soit efficace. Pour elles, cela est très lié à la personne en elle-même, « *si ça ne passe pas, si on ne sent pas la personne, ce n'est même pas la peine* ». 8 patientes évoquent spontanément la voix du thérapeute comme un facteur très important dans le fait que la séance d'hypnose « *marche* » ou pas.

2 patientes n'ayant eu qu'une séance par enregistrement pensent qu'il est plus facile de se laisser aller avec un enregistrement plutôt qu'avec un thérapeute face à soi, pour L, c'est lié à une volonté de garder le contrôle car elle peut arrêter l'enregistrement si elle le souhaite

« *c'est moi qui gère* » et pour P, avoir quelqu'un en face d'elle serait une barrière par rapport au laisser-aller.

Pour 2 patientes (N et C), le fait d'avoir en face de soi un thérapeute qui les connaît bien les empêcherait de lâcher prise complètement et donc pour pouvoir profiter pleinement des séances d'hypnose.

La formation de base du thérapeute ne semble pas avoir de conséquence sur l'efficacité de l'hypnose : en effet, J l'a fait avec un hypno thérapeute sans bagage médical ou paramédical particulier et les effets à un an sont comparables à ceux ressentis pas M qui elle a fait 1 séance par le psychologue.

3. Lien entre exercice proposé et efficacité de l'hypnose

L'exercice proposé en hypnose ne semble pas influencer tel ou tel domaine de la vie du patient à distance. Sur l'enregistrement, cela consistait à « *d'abord se fixer sur la respiration et ensuite de penser à un endroit où on peut être bien* » puis « *insensibiliser une main et transporter l'insensibilité sur la douleur* », « *éloigner la douleur simplement par l'esprit* », « *plonger sa main dans un produit anesthésiant* » puis « *envoyer le produit anesthésiant via le bras et le thorax vers la zone douloureuse* ». Pour les 2 patientes chez qui cet exercice a provoqué un vécu désagréable, l'exercice était relaté en ces termes : « *Se concentrer sur ses mains et ressentir ses mains au plus profond* » (patiente A qui a pris une « *hyperconscience* » de chaque parcelle de sa peau qui se craquelait du fait de son eczéma palmaire) et « *ressentir des fourmillements agréables dans les mains pour pouvoir les déplacer sur la douleur* » (selon L chez qui la séance a déclenché sa symptomatologie habituelle à type de paresthésies ou de décharges dans les mains). L'efficacité de cet exercice a été tout-à-fait variable d'une patiente à l'autre : effet négatif transitoire pour 2 patientes (A et L), l'une d'elle (A) a malgré tout intégré cet exercice dans son quotidien et en voit des effets positifs durables au niveau corporel et au niveau des douleurs et l'autre (L) a fait un rejet de l'hypnose ; certaines relatent un effet positif transitoire (jusqu'à 6 mois pour MT), d'autres n'ont ressenti aucun effet de cette séance car elle étaient gênées par la voix de l'homme qui parlait sur l'enregistrement (B et S) et enfin P notamment , qui n'a eu que cette seule expérience en hypnose et donc pour qui la séance était spécifiquement orientée vers l'antalgie, relate des effets durables à 1 an portant sur différents aspects de sa vie (douleurs, sommeil, fatigue, vie sociale et professionnelle, mobilité...) !

Un autre exercice proposé semble avoir été bénéfique pour toutes celles qui l'ont testé (V, B, C, J et M): il s'agit de l'exercice dans un endroit de bien-être où elles doivent juste « *être bien, penser à quelque chose d'agréable et à se détendre* » puis « *écouter les bruits environnant, regarder et ressentir cet endroit.* ». Ces 5 patientes observent encore des effets nets de l'hypnose dans leur vie au quotidien sur différents plans incluant la douleur!

Comme quoi un exercice orienté spécifiquement sur la douleur peut avoir des effets à distance sur d'autres plans, y compris sur le bien-être global ; et un exercice ciblé sur le bien-être peut également procurer des bénéfices sur d'autres plans, y compris la douleur.

V a fait une seule et unique séance pour travailler sur un traumatisme de l'enfance (défenestration d'un petit garçon) et l'exercice qui lui a été proposé était celui d'un lieu de bien-être. Elle constate d'ailleurs que « *ce qui est tout à fait marrant, c'est que pendant l'hypnothérapie, il ne m'en a pas parlé de ce petit garçon, de cette défenestration.* ».

Il semble donc qu'un exercice orienté vers le bien-être et non vers le problème permette de bons résultats. Le témoignage de N confirme cela puisqu'elle raconte que pour elle, le but de la séance qu'elle a eue était de la faire parler des nombreux problèmes qu'elle traversait à l'époque (plusieurs deuils compliqués, cancer du sein, fibromyalgie, rupture...) et que la thérapeute lui a demandé de décrire sa vie. Elle dit n'avoir pas réussi à lâcher –prise et n'avoir ressenti aucun bénéfice de cette séance. Par contre, elle a ressenti un profond bien-être quelques mois plus tard durant 2 jours après l'écoute d'un CD d'autohypnose-relaxation.

Le fait de cibler l'exercice sur le problème ne permet donc pas forcément au patient de trouver une solution et les résultats n'en sont pas forcément meilleurs. Autre exemple qui le prouve : C raconte que le psychologue lui a proposé 2 ou 3 fois un exercice où elle devait descendre des marches du fait de son blocage lié au passé mais chaque fois, la patiente a interrompu précocement la séance du fait d'une fumée noire qui montait des escaliers et lui signalait un danger. Par contre, une séance avec des dessins lui a permis un déblocage du jour au lendemain, l'a réveillée et a donné des résultats positifs impressionnants sur différents plans.

B est celle qui a rapporté le plus d'effets bénéfiques de l'hypnose et elle a relaté également le plus d'exercices différents proposés par sa psychologue : mise en situation professionnelle avant la reprise du travail, s'imaginer dans un endroit qui lui plaisait, travail sur des sensations corporelles (boule épigastrique, oppression sur les épaules) ou travail sur la respiration ou encore un exercice où elle devait serrer les poings puis les relâcher. Etant donné le nombre d'exercices différents qu'elle a testés en hypnose, il est difficile de dire que tel exercice a permis plutôt telle ou telle amélioration.

3 patientes relatent des exercices pendant lesquels il leur était demandé de bouger les mains (exercice jugé difficile par J et M mais qu'elles ont réussi à faire et S également lorsqu'elle était guidée par sa psychologue mais qu'elle n'a pas réussi à reproduire depuis). Cet exercice ciblé sur la mobilité ne semble pas avoir permis plus d'amélioration sur ce plan que d'autres exercices.

4. Lien entre vécu de la séance et efficacité de l'hypnose

Les patientes n'ayant pas eu l'impression de partir en transe n'ont pas ressenti de bénéfices après leur séance, celles qui se sont senties agressées par le thérapeute durant une

séance sont ressorties de la séance moins bien qu'avant au niveau de l'anxiété, de l'humeur, du sommeil... Cet effet n'a heureusement pas duré dans le temps (anxiété liée à la séance jusqu'au lendemain, trouble du sommeil pendant 2 nuits) ; aucun effet durable positif ou négatif à long terme n'est lié à cette mauvaise expérience de l'hypnose et cela n'a pas empêché les patientes concernées de retenter la technique avec un autre thérapeute leur inspirant confiance et les séances suivantes ont été très bénéfiques. Les patientes ayant eu un vécu positif et agréable des séances relatent des effets positifs plus ou moins durables dans le temps. Par ailleurs, un vécu désagréable lié à un exercice particulier ou lié à la remontée d'un évènement traumatique n'a pas de conséquence négative à long terme, au contraire, des effets bénéfiques rémanents dans le temps ont été rapportés par les patientes concernées. Les paragraphes suivants développent et expliquent ces différentes idées en citant le discours des patientes :

N a eu l'impression de n'être «*pas partie* » du tout de la séance qu'elle a eu au CETD ou alors de façon très éphémère et elle revenait tout de suite à un état de conscience normale. Du coup, elle n'a constaté aucun bénéfice après cette séance. De même, B et S étaient gênées par la voix de l'homme sur l'enregistrement «*la voix du monsieur me stresse* ». B décrit la voix comme étant grave, rauque, forte, bizarre et aboyante. Ni l'une ni l'autre n'ont réussi à partir en écoutant l'enregistrement. Ces 3 patientes ont retenté l'expérience, N avec un CD d'autohypnose et S et B avec une psychologue et toutes 3 en ont eu un vécu très agréable avec sensation de bien-être les fois suivantes.

Hormis les remontées d'évènements traumatiques qui seront traitées un peu plus loin, 4 patientes au total ont eu un vécu très désagréable d'une séance d'hypnose : B a vécu sa séance avec le psychologue du CETD comme quelque chose de «*violent et brutal* » du fait, selon la patiente d'une agressivité du psychologue qui l'a perturbée, tétanisée et a généré chez elle une grande angoisse et des pleurs ; elle s'était dit «*Plus jamais ça !* ». M a également eu une mauvaise expérience en 2009 en externe avec un médecin pratiquant l'hypnose : lors d'une première rencontre, il l'avait «*braquée dès le départ* » et elle en était «*partie en pleurs* ». Quinze jours plus tard, pour la séance d'hypnose elle était sur ses gardes et ça l'avait bloquée. Par la suite, toutes 2 ont accepté de retenter l'expérience avec quelqu'un avec qui elles se sentaient en confiance et leur vécu a été totalement différent : très positif et agréable pour B, elle relate que parfois elle pleurait beaucoup mais se sentait vraiment libérée ensuite et tout le temps agréable pour M lors des 2 séances qu'elle a beaucoup appréciées avec le psychologue du CETD, elle s'est découverte «*très très réceptive et ça c'est très très très bien passé* ». Pour elle, «*c'était magnifique* » et elle n'avait «*presque pas envie de se réveiller* ». 2 autres patientes (A et L) ont eu un vécu désagréable de la séance par enregistrement non pas en lien avec le thérapeute mais du fait des suggestions orientées vers les mains: A relate que ça a fonctionné mais décrit la séance comme très désagréable «*presque un calvaire* » avec une «*surconscience* », «*une ultraconscience* » de la sécheresse de ses mains (eczéma des paumes), elle sentait «*chaque petite parcelle de peau déshydratée* ». La jeune L, au départ, «*avais réussi à suivre l'exercice* » et avait ressenti une «*plénitude* » mais très vite ça a réveillé ses symptômes habituels dans les mains donc ça a été une expérience très désagréable qu'elle a arrêté au bout de 5-10 minutes en ouvrant les yeux car c'était

« *intenable* ». L n'a pas retenté mais s'inspire de la technique au quotidien pour détourner son attention de la douleur et A utilise quotidiennement la technique pour soulager ses douleurs et détendre ses muscles. Elle a poursuivi son travail personnel avec des séances de PNL auprès d'une psychologue et elle a toujours eu un vécu très agréable de ces séances.

Malgré ces 4 expériences désagréables, 3 patientes sur les 4 ressentent de nombreux effets positifs de l'hypnose sur différents plans dans leur vie ; 2 grâce aux expériences positives qu'elles ont vécu ensuite avec des thérapeutes différents et A grâce à l'intégration de la technique dans son quotidien malgré cette première expérience désagréable.

4 patientes évoquent la remontée d'évènements traumatiques du passé durant une ou plusieurs séances: décès de leur grand-mère pour A et P et pour B remontée d'une période difficile de sa vie où elle manquait d'argent, de nourriture... Pour ces 3 patientes, ça n'a pas été problématique que ces évènements ressurgissent pendant des séances d'hypnose et au contraire, ça leur a permis en déchargeant leurs émotions de bien avancer, de digérer et de mieux analyser ces évènements traumatiques du passé. Pour la dernière patiente (C), la situation était un peu différente car cela survenait dès qu'elle sentait « *que ça allait un peu trop loin* » lors des séances avec le psychologue du CETD: elle a ressenti à plusieurs reprises, des angoisses avec apparition d'une fumée noire épaisse qui montait d'un sous-sol. Dès que cette fumée surgissait, c'était pour elle un signal d'alarme, de danger et ils interrompaient la séance. La descente de marches vers un sous-sol était une « *catastrophe (...) dans son passé* » et réveillait de mauvais souvenirs... Elle arrêtait donc l'exercice car elle ne se sentait pas encore prête à travailler son passé.

En fait, durant l'entretien, elle a réalisé qu'elle n'avait pas peur de remontées d'évènements traumatiques à proprement parler mais plus de ce qui pouvait se passer pendant la séance en tête-à-tête avec cet homme (le psychologue) si elle se laissait vraiment aller plus totalement dans l'hypnose du fait de son passé. Elle dit « *J'avais une crainte, par rapport à mon passé et mon vécu qui fait que voilà, j'avais toujours une crainte d'être avec un homme ou d'être toute seule ou... voilà. C'est vrai qu'à chaque fois que je me suis vraiment bien laissée aller, c'est quand il y avait une jeune qui était là en stage, en témoin. C'est dingue hein ! Parce que c'est des trucs que je suis en train de réaliser maintenant.* ».

Toutes les autres expériences relatées par les patientes, incluant ces 4 dernières, étaient très positives, agréables : concernant la séance par enregistrement, les termes utilisés pour décrire leurs sensations étaient : « *main complètement engourdie, lourde, vraiment anesthésiée, je ne sentais absolument rien* », « *c'est incroyable!* » (MT), « *j'ai réussi à me concentrer, à rentrer dans le jeu et ça n'a pas mal marché* »(P). Concernant les autres expériences de l'hypnose, V relate que sa séance avec le psychologue du CETD qu'elle était « *stressée au début, après ça a été* », elle a eu un vécu agréable, s'est « *sentie très bien* » avec une impression de dédoublement, de corps partagé en deux: « *la moitié de son corps sur la chaise et consciente des bruits, la moitié ailleurs, partie* ». Le fait que la séance ait été entrecoupée (le psychologue a été dérangé et a recommencé l'hypnothérapie une demie- heure après) l'a dérangée sur le coup mais n'a pas empêché la séance d'être très efficace même à distance sur différents plans (traumatisme d'enfance disparu, douleurs, anxiété, ressenti

corporel, rapport au monde...). Pour J, les séances étaient très agréables, « *comme si je rêvais* », et elle en garde un excellent souvenir. C décrit ce bien-être « *comme un état morphinique* »; pendant l'hypnose elle se « *sent bien et légère, sans traitement, ça c'est magnifique!* ».

5. Liens entre représentations antérieures et efficacité de l'hypnose

Les représentations négatives de l'hypnose (peur ou scepticisme) ne semblent pas nuire à l'efficacité de la technique car 8 patientes en constatent encore aujourd'hui des bénéfices ! Seules deux patientes (N et MT), issues toutes les deux du milieu paramédical, en attendaient beaucoup mais n'en voient pas de bénéfices pérennes à distance. La question d'une attente importante face à la technique, et peut-être par conséquent d'une certaine passivité, peut se poser mais aucune conclusion sur un lien entre attentes et efficacité ne peut être tirée d'un si faible échantillon.

6. Liens entre intégration de la technique et efficacité de l'hypnose

La grande majorité des patientes (10/11) a intégré la découverte de l'hypnose thérapeutique dans son quotidien, soit totalement en tant qu'autohypnose par 4 patientes, soit de rares fois, très ponctuellement quand besoin pour 2 d'entre elles, soit avec une technique dérivée pour 3 patientes (sophrologie, méditation, relaxation). La dernière à avoir partiellement intégré la technique est la jeune patiente chez qui la séance d'analgésie de la main a en fait déclenché ses douleurs habituelles. Elle dit s'inspirer quotidiennement du principe de l'hypnose pour gérer ses douleurs en détournant son attention et en faisant autre chose. La seule patiente ne l'ayant pas intégré dit mieux gérer ses douleurs sans médicament mais sans davantage de précisions.

Toutes les patientes se sentent mieux sauf une (MT qui va moins bien suite à plusieurs événements choquants survenus dans sa vie et à sa mise en invalidité d'où un isolement profond). Pour certaines, les améliorations observées sont sans lien avec l'hypnose. Il semble néanmoins que l'intégration de la technique ou d'une autre technique à médiation corporelle dérivée soit bénéfique aux patientes et leur permette de mieux gérer leur maladie, leurs douleurs, le sommeil et les problèmes de la vie en général.

7. Facteurs nécessaires au succès d'une séance d'hypnose selon les patientes

Pour 8 patientes, la voix du thérapeute est très importante, « *soit on la capte, soit on ne la capte pas* ». Les qualités requises dans la voix sont : une voix douce, calme, reposante, apaisante, envoûtante, langoureuse, qui fait partir. Pour MT, une voix monocorde, autoritaire,

pas brutale mais qui porte, très forte est une aide pour partir en transe car c'est une « *voix qui permettait d'être dans le moment présent* » (d'autres sont au contraire gênées par ce genre de voix). L'une d'elle évoque l'intonation du discours qui pour elle est plus importante que la voix elle-même : l'intonation des phrases, lorsqu'elle est chantante, en « *vagues* » et non saccadée permet de partir directement en transe.

Pour 7 patientes, avoir une relation de confiance, « *avoir un bon feeling* » avec le thérapeute est une condition sine qua none pour qu'une séance d'hypnose soit vraiment bénéfique. « *Le courant doit passer !* ». Le fait de sentir la libre parole, sans jugement, « *comme si c'était une meilleure amie qui a tout compris* ». Il est important « *de trouver la bonne personne* » (au même titre que pour le choix d'un psychologue par exemple) et les qualités recherchées sont que la personne soit souriante, accueillante, douce, calme, pas brutale, attentive, sereine. Il est préférable qu'elle délivre des explications avant la séance sur ce qui va se passer ou ce qu'elle va faire (s'approcher, toucher la main...), elle doit « *parler, calmement, doucement, ça y fait énormément, même ses gestes* ». Une patiente pense que « *certains sont bons pour faire de l'hypnose* » et qu' « *il faut un don* ». Quelques patientes ont expliqué que le fait que la séance leur soit proposée dans un cadre hospitalier les a rassurées quant au sérieux de la technique ce qui les a aidées à accepter de la tester.

Si l'exercice proposé peut-être un peu personnalisé et adapté à la problématique de la patiente, ça semble mieux (déclenchement des douleurs habituelles d'une patiente du fait d'un exercice orienté sur les mains et avec des suggestions dont la formulation évoquait sa symptomatologie quotidienne). La patiente dit elle-même : « *un autre exercice aurait été mieux* ».

Les caractéristiques requises chez le patient lui-même sont « *une certaine maturité et une acceptation du problème* », « *une acceptation de la technique* » et « *que la personne soit réceptive, qu'elle ne soit pas complètement fermée à ce genre de choses* », et enfin, « *il faut être partant et battant* ». D'autres ajoutent qu'il faut être assidu dans sa pratique.

Seules 4 personnes se sont exprimées concernant les modalités pratiques des séances : pour 2 personnes, qui n'ont pas testé l'hypnose avec un thérapeute physiquement présent, le fait d'écouter un enregistrement aide à se laisser-aller (l'une par peur d'une perte de contrôle si elle était avec un thérapeute et l'autre car avoir quelqu'un en face d'elle serait une barrière par rapport au laisser-aller). Une autre patiente par contre exprime le besoin d'avoir quelqu'un qui la guide et ses difficultés à le reproduire par elle-même toute seule, elle précise qu' « *il faut faire ça tranquillement, prendre du temps* ». Et enfin, une autre patiente évoque le fait qu'elle aurait préféré avoir une séance en groupe plutôt qu'en individuel ou alors que le thérapeute soit une femme : elle pense que si l'hypnose avait été faite par une femme, ça aurait été mieux car elle n'aurait pas eu de crainte d'être touchée. De plus, elle s'est rendue compte que le fait d'avoir une tierce personne témoin (stagiaires) lors de 2-3 séances lui a permis de se laisser-aller complètement dans sa transe ; ce qu'elle n'avait jamais fait jusque là malgré 13 ans d'hypnose !

8. Facteurs responsables d'échec pour une séance d'hypnose selon les patientes

Lorsque les patientes se sont senties agressées par le thérapeute (attitude, gestes, paroles agressives, comportement pressant, sec ou agressif), qu'elles n'étaient pas en confiance, avec un sentiment d'insécurité ou encore qu'elles se sentaient jugées, les séances n'ont pas été bénéfiques du tout et elles ne lâchaient pas complètement prise. Pour 2 personnes, le fait que le thérapeute les connaisse bien a également été un frein pour se laisser aller pendant les séances. C disait avoir l'impression de ne plus avancer avec le psychologue qui lui faisait les séances d'hypnose car il la connaît trop; c'est la raison pour laquelle elle a arrêté d'aller faire des séances depuis quelques mois et souhaite reprendre avec un hypnothérapeute qui ne la connaît pas du tout pour travailler des choses du passé et « *vider ses tiroirs* » comme elle dit. Une patiente constate que « *si le soignant arrive avec ses problèmes, ce n'est même pas la peine* ».

Pour plusieurs, si le thérapeute a une voix criarde, forte, aiguë ou suraiguë, « *ça met moins à l'aise* » ou s'il a une façon de parler agressive ou saccadée, c'est impossible de bien vivre une séance d'hypnose : « *c'est tout sauf apaisant* », « *avec une voix suraiguë ça doit être juste affreux parce que ça ne détend pas du tout* ».

Deux patientes (B et C) se sont demandé si le fait que ça n'ait pas marché pour elles, pouvait être lié au fait que le thérapeute soit un homme. C pense que si la séance avait été faite par une femme, elle aurait mieux marché.

Certaines raisons évoquées explicatives au fait qu'une séance n'ait pas marché sont liées aux modalités pratiques de la séance : certaines personnes à l'écoute de l'enregistrement étaient gênées par le fait que ce soit une séance en groupe, une patiente (C) par contre regrettait de n'avoir pas eu de séance en groupe car le fait d'avoir des séances individuelles avec un homme ne la rassurait pas ; elle préférait lorsqu'il y avait au moins un témoin présent à la séance. Autre élément qui la gênait pendant les séances d'hypnose était de ne pas savoir si elle « *devait répondre ou parler ou pas* » et elle se disait donc « *bloquée par rapport à ça* ». Ceci rejoint le besoin d'explications avant les séances, exprimé par B.

Les facteurs intrinsèques des patients pouvant rendre l'hypnose inefficace sont, selon plusieurs patientes : lorsque les personnes sont déjà sceptiques avant de tester la technique « *il faut que la personne soit réceptive (...) il y en a qui sont totalement fermés à ce genre de choses* » ou vraiment réfractaires à l'hypnose et qu'elles « *n'essayent pas de jouer le jeu* » ou si le patient n'est pas prêt psychologiquement, n'a pas la maturité suffisante. Une patiente pense que « *l'hypnose ne marche pas sur tout le monde car tout le monde n'est pas apte à se recentrer sur soi-même* ». Selon N, la séance qu'elle a eue au CETD n'a pas eu l'effet escompté du fait du contexte et des événements de vie qu'elle traversait à l'époque ; pour elle, c'est dû au fait qu'elle avait trop de problèmes lourds à gérer en même temps.

VI. Discussion

A. Discussion des résultats

1. Sur la fibromyalgie

Les patientes de cette étude ont quasiment toutes décrit leur personnalité avant la fibromyalgie comme hyperactive et très altruiste, toujours dans le don de soi, à faire beaucoup pour les autres sans s'écouter. Ce genre de personnalité pré morbide, ou peut-être le surmenage qui en découle, semblent être des facteurs de risque à l'apparition de la maladie. La fibromyalgie les contraint alors à s'arrêter « *du jour au lendemain* » et à écouter beaucoup plus qu'à leur habitude leur corps et leurs envies ou besoins profonds. « *La machine s'est arrêtée* », « *le corps dit stop* » comme le disent les patientes. Ce mode de vie hyperactif et ce surmenage par don de soi ont déjà été mis en évidence dans plusieurs études comme étant un facteur étiologique de la fibromyalgie (Nizard ; 2004, Van Houdenhove, 2001). Le catastrophisme des patientes décrit également dans d'autres études se retrouve dans les termes utilisés pour décrire leurs douleurs ou leurs symptômes.

Le problème avec cette triade symptomatique de la fibromyalgie est que les symptômes sont liés et s'inter- entretiennent l'un l'autre : les douleurs sont responsables de difficultés à l'endormissement et de réveils nocturnes. Le sommeil n'étant pas réparateur, survient une fatigue importante et des douleurs musculaires diffuses. (Moldofsky et Al, 1976 ; Dauvilliers et Al 2007). De plus, la douleur les épuise physiquement et psychologiquement et la fatigue majore les douleurs.

2. Sur l'hypnose

Les notes de satisfaction données par les patientes à distance sont élevées quelles que soient les améliorations constatées grâce à l'hypnose. Cette satisfaction globale de la technique a également été démontrée dans le travail de Mothe (Mothe2009) et confirme l'intérêt de l'hypnose et des techniques non médicamenteuses en complément des techniques médicamenteuses usuelles comme le conseille l'HAS. (Rapport d'orientation de l'HAS de 2010)

3. Sur l'hypnose et la fibromyalgie

- hypothèse 1 : « l'hypnose thérapeutique peut être bénéfique pour les patients atteints de fibromyalgie bien que ce ne soit pas systématiquement le cas et peut avoir un effet rémanent dans le temps, même à un an du début. »

Comme l'ont montré les résultats, l'hypothèse principale est donc vérifiée. Les rares effets indésirables rapportés secondaires à une séance d'hypnose (vécu désagréable et anxiogène, déclenchement de douleurs dans les mains) ont été transitoires. Aucun effet indésirable persistant n'a été rapporté à un an.

A un an de sa découverte, l'hypnose n'a eu aucune efficacité persistante dans aucun domaine pour 2 patientes, a permis à une autre de s'inspirer du principe de la technique (détourner son attention de la douleur) pour gérer ses douleurs et a permis des améliorations persistantes sur différents plans pour 8 des patientes interrogées.

Concernant la triade des symptômes caractérisant la fibromyalgie (douleur, fatigue sommeil), l'hypnose semble être efficace à distance sur les douleurs (intensité et fréquence) car 7 patientes ressentent une amélioration à ce niveau-là, également sur le sommeil (amélioration relatée pour 5 patientes) mais l'apport de l'hypnose sur la fatigue semble nettement plus modéré et indirect (seules 2 patientes ont ressenti une amélioration de leur fatigue grâce à l'hypnose).

Un travail prospectif réalisé par Grondahl et Rosvold pour étudier l'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge des syndromes douloureux chroniques en médecine générale a mis en évidence une diminution des douleurs et une amélioration de la qualité de vie pour 12 patients et de façon persistante sur quasiment un an de suivi. (Grondahl et Al, 2008). Les résultats semblent donc comparables entre les deux études malgré le stade différent de la maladie (suivi en médecine générale ou en milieu hospitalier).

- hypothèse 2 : « L'hypnose permet une diminution de l'intensité des douleurs et/ou de la fréquence des crises douloureuses »

Cette hypothèse est également confirmée à l'étude des entretiens des patientes pour qui l'hypnose a été bénéfique sur le plan des douleurs pour toutes sans exception au moins très transitoirement ! Même la patiente chez qui la séance d'hypnose a finalement déclenché ses douleurs habituelles à type de paresthésies dans les mains avait ressenti durant quelques minutes avant un apaisement de ses douleurs. Cette diminution des douleurs en lien avec l'hypnose, que ce soit en intensité ou en termes de fréquence de survenue des crises douloureuses, est persistante à un an chez 7 patientes.

Dans une métaanalyse de 2010 étudiant l'efficacité à court terme et long terme de différentes interventions psychologiques dans la fibromyalgie (mais aucune étude concernant l'hypnose n'a été retenue dans cette métaanalyse), il est mis en évidence une diminution significative peu importante à court terme et peu à moyennement importante à long terme. (Globiewski et Al, 2010). Une revue de la littérature de 2009 concernant l'hypnose dans la prise en charge des douleurs aiguës ou chroniques montre également une diminution significative des douleurs et également que l'hypnose dépasse souvent les techniques non hypnotiques (psychothérapies, rééducation) pour les résultats concernant la douleur. (Stoebli et Al, 2009). Ce dernier point, concernant une efficacité plus importante de l'hypnose et plus rapidement par rapport à une psychothérapie, a été relaté par plusieurs patientes. D'après cette

revue de la littérature, l'hypnose n'a pas montré sa supériorité par rapport à d'autres techniques permettant un état de transe.

Ainsi, l'hypnose semble apporter sur le long terme des bénéfices sur la composante sensorielle de la douleur chronique (diminution de l'intensité et de la fréquence des crises douloureuses, apaisement des douleurs grâce à l'autohypnose)

- hypothèse 3 : « Si cette technique n'a pas d'action sur la douleur à proprement parler, elle peut par contre améliorer les capacités d'adaptation, de « coping » du patient grâce à une prise de distance par rapport aux symptômes ou à un apaisement profond chez le patient d'où un meilleur vécu de leur fibromyalgie. »

La première partie de l'hypothèse est invalidée comme nous venons de le voir car la technique a bel et bien une efficacité sur la douleur.

Par contre, tout le reste de la deuxième partie de l'hypothèse peut être vrai chez certaines patientes. L'apaisement est ressenti tant sur le plan physique (diminution des douleurs, relâchement des tensions musculaires, disparition de « boule dans le ventre », légèreté...) que sur le plan psychologique (bonne humeur et optimisme retrouvés, sourires et envies de faire des choses également, nette diminution de l'anxiété de base et du stress dans des contextes particuliers, disparition de syndrome de stress post-traumatique). La composante émotionnelle de la douleur chronique est ainsi également améliorée (diminution de l'anxiété pour 7 patientes et de la composante dépressive pour 7 patientes également).

Les changements ressentis semblent profonds et permettent aux patientes une adaptation différente à différentes situations (maîtrise de soi, gestion du stress, des crises douloureuses, des efforts, des émotions...). Il s'agit donc bien d'une technique qui permet une amélioration du « coping » des patients à long terme et plusieurs patientes relatent avoir effectivement pris de la distance par rapport aux choses (acceptation de la maladie, acceptation des limites, le fait de relativiser beaucoup plus...). Ceci correspond à la composante cognitive des douleurs chroniques qui est également améliorée (meilleure acceptation des douleurs et meilleure compréhension, diminution de la culpabilité...) ainsi que la composante comportementale d'ailleurs (apports au niveau de la vie sociale pour 6 patientes voire professionnel pour 5 patientes, de la mobilité et des activités pour 5 patientes interrogées également, du plaisir à faire des choses...).

D'autres changements profonds ont été relatés par les patientes tels que : une modification du rapport au monde pour 2 patientes, la gestion des émotions, une meilleure aptitude à s'écouter, une meilleure estime de soi, le fait de savoir dire-non, une amélioration des troubles de la mémoire ou de la concentration, une augmentation du plaisir ou encore le fait de prendre du recul, de relativiser...

Une étude de l'hypnose dans la prise en charge des lombalgies chroniques a mis en évidence que l'hypnose était une stratégie de coping car elle permettait une meilleure adaptation à la souffrance chronique. (Spinhoven et Al, 1989)

- hypothèse 4 : « L'hypnose potentialise les autres traitements de la fibromyalgie. »

Il est difficile de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse car une seule patiente a exprimé le fait que pour elle, l'hypnose l'avait préparée et rendue plus réceptive aux autres traitements. Les autres ne l'ont absolument pas mentionné. Par contre, 6 patientes ont nettement diminué les prises médicamenteuses grâce à l'hypnose.

Il serait donc intéressant d'évaluer l'intérêt de la technique sur les coûts en soins pour les patients fibromyalgiques. En effet, une étude menée à grande échelle sur 33176 patients aux Etats-Unis à partir des données de leur assurance maladie a montré que les patients fibromyalgiques avaient plus de comorbidité (neuropathies, anxiété, dépression) que le reste de la population et que leur consommation d'antalgiques était nettement supérieure et les coûts globaux de soins en moyenne 3 fois supérieurs au reste de la population. (Berger et Al, 2007)

La baisse de la consommation médicamenteuse des patientes de notre étude est peut-être plus liée à la diminution d'intensité des symptômes et à une acquisition d'autonomie par les patients (sans devoir avoir recours à des traitements médicamenteux) qu'à une réelle potentialisation aux autres traitements. Chaque patiente relate néanmoins que l'amélioration globale qu'elle ressent résulte d'une combinaison de plusieurs techniques et outils découverts au CETD. Chacune s'est approprié les trois ou quatre méthodes qui lui conviennent le mieux (acupuncture, kinésithérapie, régime sans gluten et sans lactose, relaxation...) et elles pensent que c'est l'ensemble de ces techniques associées, incluant l'hypnose, qui leur a permis de faire ces avancées. Les différentes techniques se complètent donc probablement pour permettre un soulagement global des patientes. Il était parfois compliqué pour elles de faire la part des choses entre les améliorations attribuables à l'hypnose ou pas.

Il est intéressant de noter que ce qui convient à l'une n'apaise pas forcément une autre : pour certaines le TENS va beaucoup les soulager, pour d'autres pas du tout, il en est de même pour la kinésithérapie bénéfique pour certaines, inutile pour d'autres. La stimulation transcrânienne ou RTMS a été efficace sur les douleurs et/ou sur le stress pour la plupart des patientes en ayant eu (4/5) et l'acupuncture également (3/5). Plusieurs par contre ont trouvé l'hypnose thérapeutique plus bénéfique et ce plus rapidement qu'une psychothérapie analytique avec un psychologue.

Une étude de Martinez et son équipe prouvait que l'hypnose potentialisait les autres psychothérapies dans le traitement de la fibromyalgie (Martinez et Al, 2008). Deux études réalisées également au CETD de Nantes sur respectivement 72 et 50 patients douloureux chroniques ont mis en évidence l'importance de l'éducation thérapeutique et une nette diminution de consommation médicamenteuse après hospitalisation au CETD (De Chauvigny, 2006, Cottin 2014). Comme les patientes de notre étude, tous ces patients participaient durant leur hospitalisation à une séance collective d'hypnose par écoute d'un CD d'hypnose avec un exercice d'anesthésie de la main réalisé par le Dr Boureau. Ces études faites réalisées dans le même service montrent une baisse de consommation médicamenteuse après la prise en charge

globale au CETD sans étudier spécifiquement la technique de l'hypnose ni les fibromyalgiques seuls.

- hypothèse 5 : « plus le patient s'est approprié cette technique au quotidien, plus elle est efficace et bénéfique à long terme. »

La persistance de l'effet dans le temps, notamment en ce qui concerne les douleurs l'anxiété ou l'humeur, semble en partie en lien avec l'intégration de la technique par les patients mais pas uniquement. En effet, la patiente qui a constaté le plus de bénéfices sur différents plans de sa vie, a bénéficié d'une dizaine de séances d'hypnose avec sa psychologue mais n'a pas réellement intégré la technique au quotidien. Une autre patiente n'a eu que trois séances d'hypnose au total et n'a pas intégré la technique dans son quotidien, elle en constate pourtant encore les bénéfices aujourd'hui au niveau des douleurs, de l'anxiété, de l'humeur, de ses activités et des prises médicamenteuses. Le soulagement et les améliorations obtenus grâce à l'hypnose pour traiter un traumatisme du passé semblent rémanents dans le temps même après une seule et unique séance sans travail particulier pour l'entretenir par la suite.

De plus, dans cette étude, l'efficacité de l'hypnose ne semble pas dépendre du nombre de séances faites par les patientes : pour certaines, une seule séance a permis de nombreux changements sur différents plans de leur vie, pour d'autres, cela a nécessité plusieurs séances avec le constat d'améliorations progressives et pour d'autres, malgré plusieurs séances, aucun effet durable n'a été constaté. Ceci semble donc patiente- dépendant. Plusieurs patientes estiment que l'hypnose est un apprentissage, peut-être que l'efficacité dépend de la rapidité de « compréhension » de la technique ou de l'acceptation de se laisser aller ou encore d'une certaine maturité ou disposition au changement des patients.

Seules quatre patientes ont totalement intégré la technique et l'utilisent très fréquemment dans leur quotidien pour gérer leurs douleurs ou du stress ou comme aide à l'endormissement. Une patiente fait encore parfois des séances d'hypnose avec sa psychologue mais n'a refait que deux fois de l'autohypnose par elle-même dans un contexte de stress important à chaque fois. Les autres patientes n'ont pas réellement intégré l'autohypnose dans leur quotidien mais se sont mises à la méditation et/ou à la sophrologie pour trois d'entre elles, l'une n'a pas intégré l'hypnose mais utilise la respiration pour gérer ses douleurs, une autre dit ne pas l'avoir intégrée non plus mais mieux gérer ses douleurs sans autres précisions et la dernière pareil mais elle en utilise le principe au quotidien pour gérer ses douleurs, c'est-à-dire en détournant son attention de la douleur. Donc, quel que soit leur vécu des séances et quels que soient les apports de l'hypnose à court ou long terme, la découverte de l'hypnose a permis à toutes les patientes de trouver un certain contrôle sur leurs douleurs autre que par les médicaments.

Il semblerait qu'une intégration de l'hypnose permette plus d'améliorations sur le long terme par rapport à l'absence de pratique des techniques psychocorporelles (Mothe, 2009)

- hypothèse 6 : « La technique spécifique d'hypnose proposée au patient (technique spécifique liée à la douleur ou à la mobilisation des ressources ou au changement...) a peu d'influence sur les résultats à long terme chez le patient. »

Cette hypothèse est confirmée dans cette étude car les résultats observés à distance semblent globalement similaires quels que soient les thérapeutes, les exercices proposés et les modalités des séances (individuelles, en groupe, par enregistrement ou avec un thérapeute.) les exercices proposés pendant la séance ne semblent pas avoir de lien avec le ou les domaines dans lesquels les bénéfices sont observés à distance : un exercice à visée antalgique peut avoir, à distance, autant d'effet au niveau de l'humeur et du bien-être que sur les douleurs par exemple. A court terme, c'est un peu différent car un exercice axé sur une anesthésie de la main va effectivement entraîner l'anesthésie recherchée pour les patientes chez qui l'exercice a fonctionné et c'est l'effet principal qu'elles vont relater. Par contre, elles relatent également l'état second dans lequel elles se trouvent et le bien-être ressenti durant la séance. De même que l'exercice proposé, la formation initiale du thérapeute proposant l'hypnose n'a apparemment pas de conséquence sur l'amélioration de tel ou tel domaine spécifique de la vie du patient.

Les facteurs explicatifs donnés par les patientes pour le succès ou l'échec de l'hypnose pour elles sont nombreux. Comme le constate De Shazer, la relation de confiance avec le thérapeute semble être l'élément clé pour une éventuelle efficacité de l'hypnose. (De Shazer;1985). La voix de ce dernier vient ensuite. Avoir une certaine maturité et être prêt à lâcher prise ou à travailler certaines choses semblent également fondamentaux selon les patientes.

Le mauvais vécu des séances, lorsqu'il est dû à un manque de confiance dans le thérapeute, semble empêcher tout bénéfice de l'hypnose. Dans ce cas, le vécu du patient est anxiogène et traumatisant ce qui nuit à l'efficacité de l'hypnose.

Par contre, le vécu désagréable d'une séance lorsqu'il est lié à un exercice d'hypnose inadapté pour le patient ou à la remontée d'un événement traumatique du passé et non à un problème de confiance n'est pas synonyme d'une absence d'effets bénéfiques de la technique. Certaines patientes ont en effet constaté de belles améliorations dans différents domaines de leur vie et ont même intégré la technique malgré un vécu désagréable lors d'une séance.

Un vécu agréable des séances n'est pas non plus garant d'une meilleure efficacité de l'hypnose à long terme par rapport à un vécu désagréable. Le vécu agréable d'une séance semble permettre systématiquement à court terme, sur cet échantillon tout au moins, une amélioration dans différents domaines (douleur, ressenti corporel et anxiété, parfois également humeur, sommeil et fatigue) mais ces améliorations ne sont pas toujours pérennes dans le temps. Certaines personnes ayant eu un vécu désagréable d'une séance (non en lien avec un manque de confiance dans le thérapeute) ont eu autant d'effets positifs à distance de cette séance que certaines personnes ayant eu un vécu agréable d'une séance, parfois même plus.

Les représentations des patientes sur l'hypnose avant leur découverte de la technique n'influencent pas dans le sens que l'on pourrait imaginer les bénéfices observés. En effet, quasiment toutes les patientes (sauf deux qui travaillent dans le domaine médical) avaient un a priori négatif sur l'hypnose avant de l'essayer. Cette technique était vue soit comme quelque chose d'effrayant et dangereux, soit comme de la « foutaise » et donc inutile. On retrouve cette notion de peur associée à l'hypnose dans une étude sur la découverte de l'hypnose chez les patients douloureux chroniques (Gillet, 2013).

Ces représentations n'ont pas empêché l'hypnose de fonctionner sur la plupart d'entre elles. Chose étonnante, pour les deux patientes travaillant dans le milieu paramédical et qui espéraient beaucoup de cette technique, les résultats n'ont pas été à la hauteur des attentes de l'une d'elle (aucun effet) et l'effet n'a pas perduré à un an pour l'autre (mais a quand même persisté six mois). Trop d'attentes de bénéfices entraîneraient-elles un manque d'investissement dans la technique ?

B. Les biais

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire qui ne saurait prétendre à une quelconque représentativité de l'ensemble des patients fibromyalgiques ayant bénéficié de séances d'hypnose. Cela permet de faire un état des lieux, une exploration des représentations de patients sur les effets de l'hypnose à distance. L'entretien semi-directif a été préféré à des questionnaires afin de ne pas restreindre les idées et thèmes évoqués par les patientes (Blanchet A et Al). La saturation des données a été obtenue dès la neuvième patiente et du fait de l'échantillon de petite taille (11 patientes), aucune généralité ne peut être tirée malgré les résultats intéressants qui ressortent de l'analyse des entretiens.

La méthodologie est principalement axée autour du discours des patientes interrogées et de leur vécu à distance de la découverte de l'hypnose. Or ce discours peut-être un biais en soi puisque les patientes peuvent faire des liens entre des améliorations ressenties et l'hypnose qu'elles n'auraient peut-être pas faits spontanément du fait des questions posées. Les représentations qu'ont les patientes sur l'hypnose peuvent évoluer avec le temps d'où un possible manque d'objectivité. Il était intéressant de constater parfois les contradictions de leur discours et le cheminement de la pensée aboutissant à la construction de réponses modulées et plus fines qu'avec un simple questionnaire. La sémantique employée pour décrire cette expérience était également intéressante.

Il existe des biais de sélection car les patients sont tous suivis au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes ce qui laisse supposer qu'ils étaient dans une démarche de soin active, désireux d'une amélioration de leur état d'où une adhésion « de principe » aux différents traitements qu'on leur proposait. Leurs attentes positives, leur volonté d'aller mieux et le conditionnement hospitalier peuvent être à elles seules responsables d'une amélioration éventuelle de leur état de santé. De plus, la technique de l'hypnose thérapeutique n'a pas été proposée à tous les patients fibromyalgiques hospitalisés

durant la période cible au CETD mais seulement à ceux qui semblaient intéressés par ce genre d'approche. Malgré les réticences énumérées plus haut à tester cette technique, ceux qui l'ont fait n'étaient donc a priori pas totalement réfractaires à l'hypnose. Enfin l'échantillon n'est constitué que de femmes car aucun des patients de sexe masculin n'a eu d'hypnose durant la prise en charge de leur fibromyalgie.

En fait, il est intéressant de constater que l'ensemble des patients fibromyalgiques hospitalisés a bénéficié d'une séance d'hypnose par enregistrement, incluse au programme pour tous les patients douloureux chroniques. Il s'agit de la diffusion d'un CD à visée analgésique réalisé par le Dr Boureau François, neurophysiologiste souvent considéré comme le pionnier de la lutte contre la douleur en France. Or, sur les 46 patients fibromyalgiques contactés par téléphone, 20 disaient ne pas avoir eu d'hypnose. Quasiment la moitié des patients n'a pas eu conscience d'en avoir eu ! Ceci peut-être lié aux difficultés éprouvées par les patients fibromyalgiques à être dans l'instant présent ou alors dû aux troubles cognitifs, et notamment de mémoire, dont ils se plaignent ou alors lié non pas aux patients eux-mêmes mais aux soignants et à leur façon de présenter l'exercice d'hypnose. En effet, dans leur discours, certains ne veulent pas présenter l'enregistrement comme de l'hypnose de peur d'inquiéter les patients et en parlent comme d'un exercice de relaxation. Ceci est donc également un biais de sélection pour l'étude car seuls les patients conscients d'avoir eu de l'hypnose ont été interrogés.

Autre insuffisance de cette étude : en fait, trois des patientes interrogées (M,S et C) avaient entamé l'hypnose avant la période cible : deux patientes avaient eu une séance d'hypnose en 2009 totalement inefficace et la troisième avait débuté l'hypnose en 2000 et n'avait observé de réels changements que depuis l'année dernière après avoir vraiment lâché prise pour la première fois. Elles ont peut-être répondu oui à la question préliminaire au téléphone « Avez-vous débuté l'hypnose l'année dernière ? » car seules les séances eues l'année dernière constituaient pour elles réellement la découverte de l'hypnose, source d'ailleurs des changements observés ensuite. Ces patientes ont, malgré tout, été intégrées toutes les trois à l'étude car elles apportaient des données intéressantes à analyser.

L'une de ces trois patientes (S) disait ne pas être fibromyalgique mais avoir un syndrome fibromyalgique. Sa fibromyalgie avait effectivement débuté à l'adolescence après des opérations des genoux et elle avait de l'arthrose cervicale. Elle décrivait une hyperlaxité, tout comme sa mère, avait une silhouette longiligne ainsi que ses douleurs diffuses et tout ceci peut faire penser à un syndrome d'Elhers-Danlos, maladie génétique rare du tissu conjonctif.

De plus, autre biais concernant les résultats observés est que l'une des patientes a, après sa découverte de l'hypnose au CETD, poursuivi une prise en charge en externe avec une psychologue proposant la PNL (technique dérivée de l'hypnose) et qu'une confusion existe donc entre les résultats liés à la PNL ou à l'hypnose. De même, la patiente ayant eu une séance d'hypnose pour traiter un traumatisme du passé a ensuite continué sur cette voie en intégrant la sophrologie et la méditation dans son quotidien donc les bénéfices à distance sont probablement liés à la séance d'hypnose en question et également à ces techniques variantes.

Il existe également un biais de passation : les patients interrogés peuvent souhaiter satisfaire l'enquêteur dans leurs réponses. De plus, le manque d'expérience de l'enquêteur pour mener des entretiens semi-dirigés, technique non aisée qui nécessite de la maîtrise et un savoir-faire, ou même l'intérêt porté à l'hypnose peuvent avoir induit involontairement une orientation des réponses des patientes. Dans ce genre d'étude, le risque d'un parti pris et de surinterprétation de la part de l'enquêteur est également présent malgré la volonté de coller au maximum au verbatim des patientes.

Un avantage dans cette étude est que les séances d'hypnose qui se déroulent au CETD de Nantes ne sont pas précédées de test d'hypnotisabilité donc les résultats obtenus sont plus représentatifs de la population de fibromyalgiques tout-venant.

C. Ouvertures & perspectives

D'autres études seraient nécessaires pour voir si les résultats observés sont extrapolables à toute la population de fibromyalgiques, quel que soit le sexe, l'âge, le stade de leur fibromyalgie, leurs représentations antérieures de l'hypnose... et également de voir si les résultats observés à un an perdurent à cinq ou dix ans.

Il serait intéressant d'évaluer spécifiquement les apports de l'hypnose dans la fibromyalgie de façon prospective auprès de tous les patients fibromyalgiques ayant testé la technique dans leur prise en charge au CETD ou en externe pour en évaluer les apports à court terme et à long terme sur l'évolution de la maladie. L'idéal serait de comparer dans une étude l'évolution de la maladie entre les patients ayant bénéficié de séances d'hypnose et un groupe témoin ne l'ayant pas testé. Ceci permettrait d'évaluer spécifiquement le bénéfice ajouté par l'hypnose en complément des autres techniques thérapeutiques proposées au CETD (psychothérapie, kinésithérapie, stimulation transcutanée, antalgiques...)

Par ailleurs, au vu des résultats de cette étude, proposer cette technique à tous les patients fibromyalgiques, même à ceux qui ne semblent a priori pas du tout intéressés par l'hypnose, pourrait être bénéfique car quasiment toutes les patientes avaient une idée négative de la technique et cela n'a pas eu d'incidence sur son efficacité.

La population ciblée pour cette étude concernait des patientes fibromyalgiques stade 3, c'est-à-dire avec déjà des conséquences assez lourdes dans leur vie (au niveau social, professionnel...). On peut donc se demander si l'hypnose proposée à un stade plus précoce de la fibromyalgie, en libéral par exemple, pourrait retarder l'évolution de la maladie et limiter l'aggravation de la symptomatologie. (Grondhal et Al, 2008)

D'autres études seraient intéressantes pour évaluer les coûts de prise en charge avec et sans hypnose (arrêts de travail, hospitalisations, consommation des médicaments...).

Il serait également intéressant de comparer l'hypnose à d'autres techniques à médiation corporelle telles que la relaxation, le yoga, le taï shi... ou encore à l'acupuncture qui semble avoir également aidé plusieurs patientes.

Une autre étude d'imagerie cérébrale comparant le fonctionnement cérébral avant l'hypnose et à un an de l'hypnose permettrait de voir peut-être une modification d'activité.

VII. CONCLUSION

L'hypnose thérapeutique et la fibromyalgie restent encore à l'heure actuelle controversées et gardent leur part de mystère malgré les avancées scientifiques réalisées depuis une vingtaine d'années. Avant de rentrer dans le vif de l'étude, il était donc important d'expliquer ce qu'est l'hypnose et les connaissances scientifiques sur son mode de fonctionnement, de rappeler les particularités des douleurs chroniques afin de mieux comprendre la complexité de la fibromyalgie, syndrome douloureux chronique par excellence associé à une fatigue invalidante, à des troubles du sommeil et à un cortège de symptômes variés. Plusieurs pistes étiologiques sont avancées pour expliquer cette maladie mais aucune certitude n'existe à ce jour. La fibromyalgie doit résulter du dysfonctionnement de plusieurs mécanismes physiopathologiques distincts et intriqués.

L'hypnose fait partie depuis quelques années des techniques non médicamenteuses proposées aux patients douloureux chroniques dans certains centres anti-douleur. Cette étude qualitative a pour but d'évaluer l'intérêt de l'hypnose thérapeutique dans la durée sur les différents aspects de la vie de patients fibromyalgiques. Les ressentis et expériences de onze patientes suivies au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Nantes ont été recueillis lors d'entretiens semi-directifs individuels pour tenter d'y répondre.

L'analyse de ces entretiens confirmait bien le sentiment d'isolement des patientes face à l'incompréhension générale de leur maladie et surtout a mis en évidence les apports de l'hypnose thérapeutique. Il n'y a eu aucun effet indésirable prolongé sur les patientes. Les apports sont variables de l'une à l'autre, tant dans leur importance que dans leurs manifestations mais l'hypnose a permis à la majorité des patientes des améliorations durables, parfois considérables. Les bénéfices pérennes sont : nette diminution des douleurs (en intensité et en fréquence des crises douloureuses, meilleure gestion des crises douloureuses), amélioration des troubles du sommeil (aide à l'endormissement, sommeil de meilleure qualité, meilleur vécu des réveils nocturnes, disparition de cauchemars ou de douleurs nocturnes). Par contre, l'hypnose semble peu efficace à distance sur la fatigue qui reste un problème majeur pour la plupart des patientes. Les rares améliorations persistantes sur la fatigue sont indirectement liées à l'hypnose (acceptation de se reposer, meilleure gestion des efforts et meilleur sommeil).

Par ailleurs, l'hypnose a permis un apaisement important et durable sur le plan de l'anxiété et une amélioration profonde de l'humeur chez la majorité des patientes. Plusieurs évoquent le fait de reprendre goût à la vie, de faire les choses avec plaisir et non par obligation. De plus, près de la moitié des patientes se disent guéries d'un traumatisme du passé grâce à une séance d'hypnose ou d'autohypnose. Les apports pérennes de l'hypnose concernent également la mobilité avec une reprise d'activités, une meilleure gestion des efforts, une déculpabilisation à s'arrêter et donc une meilleure acceptation des limites et du besoin de repos. La vie sociale et professionnelle des patientes est également améliorée (amélioration de l'ambiance familiale, plus de sorties, meilleure acceptation de leur fatigue qu'elles relativisent, tri dans leurs relations, plus de confiance en soi, plus sociables, le fait de

savoir dire non et de prendre du temps pour soi, meilleure gestion du stress, préparation psychologique à certaines situations...). Amélioration de leurs ressentis corporels, de leur conscience de leur corps (légèreté, disparition « *d'une boule dans le ventre* », « *d'un poids sur les épaules* », de tensions musculaires, écoute différente du corps...), changement positif du rapport au monde avec majoration de la sensation de plaisir sensoriel et une sorte de communion intense avec la nature (arbres, animaux, paysages...), diminution des troubles de la mémoire ou de la concentration pour certaines et prise de distance sont aussi des apports durables de l'hypnose rapportés par les patientes.

Selon elles, l'hypnose les a aidées à diminuer de façon nette leurs prises médicamenteuses. Ainsi, l'hypnose pourrait contribuer à diminuer les coûts directs et indirects de la fibromyalgie au sein d'une prise en charge globale. La baisse de consommation médicamenteuse grâce à la prise en charge multidisciplinaire et au programme d'éducation thérapeutique du CETD incluant l'hypnose a déjà été mise en évidence (De Chauvigny, 2007 ; Cottin, 2014) mais sans spécificité par rapport à la technique.

L'hypnose thérapeutique, en complément des autres techniques de soin, peut permettre des changements profonds chez le patient tels que d'avancer dans l'acceptation de la maladie, de la douleur, des limites et confère aux patients une autonomie dans la gestion de leurs symptômes. Il s'agit donc bien d'une stratégie de « coping » et d'adaptation face à la fibromyalgie.

L'efficacité de l'hypnose dépend de plusieurs facteurs, certains extérieurs, d'autres liés à la sensibilité propre de chaque patient. L'exercice proposé, la formation de base du thérapeute ou les représentations des patientes sur l'hypnose ne semblent pas modifier à long terme l'efficacité de l'hypnose mais l'intégration de la technique peut majorer les apports durables. Le message important à retenir est qu'il est fondamental de se sentir en confiance avec le thérapeute qui propose l'hypnose comme cela est préconisé par Rossi et De Shazer (De Shazer, 1985). Une séance réalisée sans cette relation de confiance est anxiogène, vouée à l'échec et peut avoir des effets désagréables transitoires. Par ailleurs, le mauvais ressenti d'une première séance d'hypnose ne doit pas faire abandonner la technique car retenter l'expérience dans un autre contexte, avec un autre thérapeute ou une autre technique, peut être très bénéfique à long terme.

Ce travail est intéressant malgré ses limites car il rejoint les conclusions d'autres travaux (HAS 2010 ; Stoebli, 2009 ; Gillet, 2013 ; Grondahl, 2008) : cette thérapie à médiation corporelle est une alternative non médicamenteuse bénéfique dans la fibromyalgie. En effet, elle permet à la fois d'entendre la souffrance corporelle du patient et de mobiliser ses ressources profondes souvent occultées du fait de la maladie. Cela peut rendre le patient acteur dans sa propre prise en charge. D'autres études à plus grande échelle et plus spécifiques seraient utiles pour mieux évaluer cette technique.

VIII. Bibliographie

- Arsenault P et Marhand S
«Synthèse des mécanismes impliqués dans un syndrome douloureux complexe: la fibromyalgie»; Douleur et Analgésie; déc 2007; 20; 4: 200-212
- Bannwarth B, Blotman F, Roué- Le Lay K, Caubère JP, André E, Taïeb C
«Fibromyalgia syndrome in the general population of France: A prevalence study» Joint Bone Spine; mar 2009; 76; 2: 184-187
- Bellet P
«L'hypnose», éditions Odile Jacob, 2002
- Berger A, Dukes E, Martin S, Edelsberg J et Oster G
«Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome», International Journal of Clinical Practice, sept 2007; 61; 9: 1498-1508
- Bernardy K, Füber N, Köllner V, Häuser W
«Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome - a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials.», Journal of Rheumatology; oct 2010; 37(10):1991-2005
- Blanchet A, Gotman A
« L'enquête et ses méthodes : l'entretien », 2^{ème} édition. Edition Armand Colin, 2010
- Blotman F.
« La fibromyalgie », l'observatoire du mouvement ; nov 2003 ; 9 :1-12
- Blotman F, Branco J
« La fibromyalgie : la douleur au quotidien »Toulouse, Edition Privat, 2007
- Boureau F et Guy-Coichard C
« Evaluation de la douleur chronique », Présentation pour le DIU Prise en charge de la douleur par les professionnels de santé à l'Hôpital Saint-Antoine
- Castel A, Pérez M, Sala J, Padrol A et Rull M
« Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparaison between hypnosis and relaxation», European Journal of Pain; mai 2007; 11(4):463-468

- Cathébras P
« Troubles fonctionnels et somatisation: Comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués ? », Issy-Les-Moulineaux, Edition Masson, 2006

- Cottin E
« Evaluation quantitative et qualitative de l'efficacité du programme d'éducation thérapeutique du Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes : étude sur 50 patients douloureux chroniques », Thèse d'exercice de Pharmacie, Nantes 2014

- Cuatrecasas G, Alegre C, Fernandez-Sola J, Gonzalez MJ, Garcia-Fructuoso F, Poca-Dias V, Nadal A, Cuatrecasas G, Navarro F, Mera A, Lage M, Peino R, Casanueva F, Liñan C, Sesmilo G, Coves MJ, Izquierdo JP, Alvarez I, Granados E, Puig-Domingo M
« Growth hormone treatment for sustained pain reduction and improvement in quality of life in severe fibromyalgia » Pain; juil 2012; 153(7): 1382-1389

- Dauvilliers Y et Carlander B
« Fibromyalgie: exemple d'interactions entre sommeil et douleur » ; Douleur et Analgésie : déc 2007 ; 20 :4 :239-245

- De Chauvigny E
« Intérêt de la quantification de la consommation de médicaments dans la prise en charge globale du patient douloureux chronique », Thèse d'exercice de médecine générale, Nantes 2007

- Derbyshire SWG, Whalley MG et Oakley DA
« Fibromyalgia pain and its modulation by hypnotic and non-hypnotic suggestion: An fMRI analysis »; European Journal of Pain, mai 2009; 13; 5: 542-550

- De Shazer S,
« Clés et solutions en thérapie brève », éditions Satas, 1985

- Elkins G, Jensen MP, Patterson DR.
« Hypnotherapy for the management of chronic pain », The international Journal of Clinical and Experimental Hypnosis; juil 2007; 55(3):275-87.

- Faymonville ME, Roediger L, Del Fiore G, Delguedre C, Philipps C, Lamy M, Luxen A, Maquet P, Laureys S
« Increased cerebral functional connectivity underlying antinociceptive effects of hypnosis », Cognitive Brain Research, juil 2003; 17: 255-262

- Faymonville ME
« Fonctionnal neuroanatomy of the hypnotic state»; Journal of Physiology; 2006; 99: 463-469

- Faymonville ME
« Hypnose et conscience», Douleur et Analgésie, 2008 ; 21 : 3-6

- Fors EA, Sexton H et Götestam KG
« The effect of guided imagery and amitriptyline on daily fibromyalgia pain: a prospective, randomized, controlled trial »; Journal of Psychiatric Research; mai-juin 2002; 36; 3: 179-187

- Gillet A, Miller F, Goeslier V
« Récit de la rencontre du patient présentant une douleur chronique avec l'hypnose », Mémoire de recherche de Master 2 Professionnel Psychologie Clinique et de la Santé, Faculté de psychologie, Nantes, 2013

- Glombiewski JA, Sawyer AT, Guttermann J, Koenig K, Rief W, Hofmann SG
«Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis», Pain, nov 2010; 151(2):280-295

- Grøndahl JR et Rosvol EO
«Hypnosis as a treatment of chronic widespread pain in general practice: A randomized controlled pilot trial», BMC Musculoskeletal Disorders 2008, 9:124

- Guedj E, Cammilleri S, Niboyet J, Dupont P, Vidal E, Dropinski JP, Mundler O
«Clinical correlate of brain SPECT perfusion abnormalities in fibromyalgia», Journal of Nuclear Medicine, Nov 2008; 49(11): 1798-1808

- Guitteny M, Bougouin-Kuhn E, Sauvaget A, Vannelle JM
«Syndrome fibromyalgique, le point de vue du psychiatre», Annales Médico-psychologique, avr 2010, 168 (3) : 228-232

- Haanen HC, Hoenderdos HT, Van Romunde LK, Hop WC, Mallee C, Terwiel JP, Hekster GB
«Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia», The Journal of Rheumatology, jan 1991; 18(1):72-5.

- Houvenagel E
«Mécanismes de la douleur de la fibromyalgie », l'observatoire de la douleur ; nov 2001, 11 : 9-11

- Jensen K, Kosek E, Petzke F, Carville S, Fransson P, Marcus H, Williams S, Choy E, Guiesecke T, Mainguy Y, Gracely R, Ingvar M
«Evidence of dysfunctional pain inhibition in Fibromyalgia reflected in rACC during provoked pain», Pain, juil 2009 jul, 144; 1-2: 95-100

- Kiernan BD, Dane JR, Philipps LH, Price DD
«Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex: further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia», Pain, jan 1995; 60(1): 39-47

- Kosslyn SM, Thompson WL, Costantini-Ferrando MF, Alpert NM, Spiegel D
«Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain» The American Journal of psychiatry, août 2000; 157(8):1279-84.

- Maquet P, Laureys S, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, Lamy M
«Functional neuroanatomy of hypnotic state» Biological psychiatry; fév 1999 1; 45: 327-33

- Martínez-Valero C, Castel A, Capafons A, Sala J, Espejo B, Cardeña E.
«Hypnotic treatment synergizes the psychological treatment of fibromyalgia: a pilot study»; The American Journal of Clinical Hypnosis; avr 2008; 50(4):311-21.

- Mc Geown WJ, Mazzoni G, Venneri A, Kirsch I
«Hypnotic induction decreases anterior default mode activity»
Consciousness and Cognition, déc 2009; 18 (4): 848-55

- Melchior T
«Qu'est-ce que l'hypnose? », Douleur et Analgésie, 2008 ; 21 : 41-43

- Melzack R. et WALL P.D.
«Le défi de la douleur», Titre original : The challenge of pain, 3^{ème} édition, Paris, Vigot; 1989.

- Michaux D
« Histoire de l'analgésie hypnotique », Douleur et Analgésie, 2008 ; 21: 15-19

- Moldofsky, Harvey MD, Scarisbrick, Phillip BS
«Induction of neurasthenic musculoskeletal pain syndrome by selective sleep stage deprivation»; Psychosomatic Medicine; jan 1976; 38; 1: 1-73

- Mothe B.
«Etude comparée de l'efficacité thérapeutique de l'hypnose et de la relaxation dans la fibromyalgie», thèse de psychologie, Université de Paris VIII - Vincennes - Saint Denis, 2009
- Mountz MD, James, M, Laurence A, Bradley P, Jack G, Modell MD, Ronald W, Alexander BA, Triana-Alexander M
«Fibromyalgia in women», *Arthritis and Rheumatology*; juil 1995: 38 (7): 926-938
- Nizard J
« La fibromyalgie aujourd'hui ».2004 Disponible sur internet sur le lien : http://amdcf44.free.fr/nizard_10mai01.htm
- Okifuji A, Turk DC et Sherman JJ
«Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed? », *The Journal of Rheumatology*; 2000, 27 (1): 212-219
- Pagano T, Akemi Matsutani L, Alves Gonçalves Ferreira E, Pasqual Marques A, Alberto de Bragança Pereira C
« Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients »; *Sao Paulo Medical Journal*; Déc 2004, 122; 6
- Palomino RA, Nicassio PM, Greenberg MA et Medina EP
«Helplessness and loss mediators between pain and depressive symptoms in fibromyalgia?»; *Pain*, may 2007; 129 (1-2): 185-194
- Payen JF
« Bases physiopathologiques et évaluation de la douleur », novembre 2002, Cours du module 65 pour la faculté de médecine de Grenoble
- Perrot S
« Enquête sur le syndrome fibromyalgique en médecine générale », *L'Observatoire de la Douleur*, nov 2001, 11 :17
- Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier , Bushnell MC
«Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. » *Science* Août 1997; 277 (5328):968-971
- Rapport d'orientation de l'HAS de 2010 sur le syndrome fibromyalgique de l'adulte ; disponible sur internet sur le lien : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/syndrome_fibromyalgique_de_ladulte_-_rapport_dorientation.pdf

- Recommandations de l'HAS sur l'éducation thérapeutique du patient 2014 ; disponible sur internet sur le lien : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
- Séneau-Lévesque A
«Analyse du vécu de 6 familles de patients fibromyalgiques suivi au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes. Intérêt d'une prise en charge familiale des patients fibromyalgiques », Thèse d'exercice de médecine générale, Nantes, 2012
- Smythe HA, Moldofsky H
«Two contributions to understanding of the “fibrositis” syndrome», Bulletin of the Rheumatic Diseases, 1978 1977, 28 (1): 928-931
- Sol JC, Chaynes P et Lazortes Y
«Chapitre 2 : Douleurs : bases anatomiques, physiologiques et psychologiques », Cours pour le module 6 DCEM2
- Spiegel D, Albert LH
«Naloxone fails to reverse hypnotic alleviation of chronic pain» psychopharmacology 1983; 81: 140-143
- Spinhoven P et Linssen AC
«Education and self-hypnosis in the management of low back pain: a component analysis»; British Journal of Clinical Psychology, mai 1989; 28; 2: 145-153
- Stoelb BL, Molton IR, Jensen MP, Patterson DR
«The efficacy of hypnotic analgesia in adults: a review of the literature», Contemporary hypnosis, the Journal of the British Society of Clinical and Experimental hypnosis, mar 2009 1; 26(1): 24-39
- Szechtman H, Woody E, Bowers KS, Nahmias C
«Where the imaginal appears real: A positron emission tomography study of auditory hallucinations», Proceedings of the National Academy of Sciences. USA Vol. 95, pp. 1956–1960, February 1998 Psychology
- Thomas E, Ginies P et Blotman F
«Fibromyalgia as a national issue: the French example», Best Practice and Research Clinical Rheumatology; Sept 1999; 13; 3: 525—529

- Tiberge M
« Neurophysiologie de l'hypnose » Unité de sommeil ; Hôpitaux de Toulouse. Disponible sur internet sur le lien :
http://www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/fichiers/ametepe/NEUROPHYSIOLOGIE%20DE%20L'HYPNOSE.pdf
- Vallée A
« Utilisation des ressources du client pour faciliter le traitement de la douleur chronique » ; Douleur et Analgésie ; 1997 ; 2 : 77-82
- Van Houdenhove B, Neerinckx E, Onghena P, Lyses R, Vertommen H
«Premorbid “overactive” lifestyle in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. An etiological factor or proof of good citizenship? », Journal of Psychosomatic Research, oct 2001 ;51(4):571-576.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russel IJ, Winfield JB, Yunus M
« The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity», Arthritis Care and Research, mai 2010; 62; 5: 600-610

IX. Table des matières

I. Introduction	10
II. Théorie	12
A. Hypnose	12
1. Définition	12
2. Un peu d'histoire	17
3. Etapes d'une séance d'hypnose thérapeutique	20
4. Physiologie de l'hypnose- apports des neurosciences	23
B. Douleur chronique	25
1. Différentes composantes de la douleur chronique	26
2. Prise en charge multidisciplinaire des patients douloureux chroniques	28
3. Physiopathologie de la douleur- les voies de la douleur	29
4. Lien hypnose-douleur	31
C. Fibromyalgie	31
1. Epidémiologie	32
2. Histoire de ce syndrome	32
3. Clinique	33
4. Aspect psychologique	33
5. Diagnostic	34
6. Physiopathologie : plusieurs hypothèses	35
7. Prise en charge	38
8. Lien hypnose -fibromyalgie	39
III. Méthodologie	41
A. PROBLEMATIQUE	41
1. Objectifs	41
2. Questionnement	42
3. Hypothèses	42
B. PRESENTATION DE LA DEMARCHE	43
1. Choix de la population	43
2. Sélection des patients	43
3. Passation des entretiens semi-directifs	44
4. Analyse de contenu	44
5. Relevé de données dans les dossiers	44
IV. Résultats	45
A. Constitution du corpus	45
B. Passation des entretiens	45
C. Profil des personnes interrogées	46
D. Notions sur la fibromyalgie ressortant des entretiens	47
1. Personnalité antérieure des patientes	47
2. Manifestations de la fibromyalgie	47
3. Conséquences de la fibromyalgie	49
4. Apports de l'hypnose	53

E.	Apports de l'hypnose pour les patientes	54
1.	Apports de l'hypnose sur la triade symptomatologique de la fibromyalgie	56
2.	Apports de l'hypnose au niveau psychologique, social et professionnel	60
3.	Autres apports de l'hypnose (au niveau des prises médicamenteuses, au niveau corporel, du rapport au monde ou autre)	68
F.	Expérience de l'hypnose	72
G.	Représentations de l'hypnose et intégration par les patientes	73
1.	Représentations ou idées de l'hypnose avant de tester la technique	73
2.	Facteurs ayant permis l'acceptation de la technique	74
3.	Représentation de l'hypnose thérapeutique après l'avoir essayée	76
4.	Evaluation de l'hypnose à court terme, à long terme et de la satisfaction	77
5.	Suite donnée à la première expérience d'hypnose et intégration éventuelle de la technique (autohypnose)	78
V.	Analyse des résultats	81
A.	Expérience de l'hypnose	81
1.	Lien entre nombre de séances et efficacité de l'hypnose	82
2.	Lien entre thérapeute et efficacité de l'hypnose	83
3.	Lien entre exercice proposé et efficacité de l'hypnose	85
4.	Lien entre vécu de la séance et efficacité de l'hypnose	86
5.	Liens entre représentations antérieures et efficacité de l'hypnose	89
6.	Liens entre intégration de la technique et efficacité de l'hypnose	89
7.	Facteurs nécessaires au succès d'une séance d'hypnose selon les patientes	89
8.	Facteurs responsables d'échec pour une séance d'hypnose selon les patientes	91
VI.	Discussion	92
A.	Discussion des résultats	92
1.	Sur la fibromyalgie	92
2.	Sur l'hypnose	92
3.	Sur l'hypnose et la fibromyalgie	92
B.	Les biais	98
C.	Ouvertures & perspectives	100
VII.	CONCLUSION	102
VIII.	Bibliographie	104
IX.	Table des matières	111
X.	ANNEXES	113

X. ANNEXES

Annexe 1

Guide d'entretiens

Premier axe : ressenti d'un éventuel apport de l'hypnose

- 1) Vous avez débuté une prise en charge par hypnose thérapeutique il y a un an environ au CETD, pensez-vous que cette technique vous ait apporté quelque chose ?

Points à aborder : état de santé (handicap, douleurs, mobilité, gestion des crises douloureuses, prise médicamenteuse, incapacité, bien-être, fatigue, troubles du sommeil, anxiété, humeur, usage de médicaments...), événements de vie, loisirs/activités, sur le plan social, professionnel, de l'autonomie...

- 2) Si aucun bénéfice n'en a été ressenti : Comment expliquez-vous que cela n'ait pas marché ?
- 3) Votre entourage a-t-il remarqué des changements dans votre comportement, dans votre façon d'être ou dans votre humeur ? Et si oui, pensez-vous que cela puisse avoir un lien avec les séances d'hypnose que vous avez eues ?
- 4) L'effet est-il durable dans le temps ?
- 5) La conseilleriez-vous ou non à d'autres patients fibromyalgiques ? Pourquoi ?

Deuxième axe : leur expérience de l'hypnose

- 6) Pouvez-vous me raconter cette expérience de l'hypnose ?

Points à aborder : nombre de séances, avec quel praticien, leur vécu des séances, souvenir qu'ils en gardent plutôt agréable ou remontée éventuelle d'un événement traumatique du passé...)

- 7) Votre découverte de l'hypnose a-t-elle correspondu aux représentations que vous en aviez ?
Si non, pourquoi ?
- 8) Pourquoi avez-vous accepté de tester cette technique ?
- 9) Aviez-vous déjà une expérience en sophrologie, méditation, relaxation... ?

Troisième axe : intégration par le patient de la technique de l'hypnose

- 10) Quelle place occupe aujourd'hui l'hypnose dans votre vie ?

(pratique de l'autohypnose, poursuite de cette technique avec un praticien...)

A la fin de l'entretien, pour chaque patient : sur une EVA : efficacité à court terme ? Satisfaction à court terme ? Efficacité à 1an ? satisfaction à 1an ?

Annexe 2

Grille D'analyse

Fibromyalgie	Apports de l'hypnose	Représentations de l'hypnose	Expérience de l'hypnose
-début de la maladie/ facteur déclenchant -personnalité avant la FM -changements avec la FM -après l'hypnose -symptômes -conséquences professionnelles -conséquences sociales -conséquences corporelles -PB rencontrés	-Douleurs -Fatigue -Sommeil -Handicap/mobilité -Anxiété -Humeur - Au niveau social -au niveau professionnel - au niveau corporel -prises médicamenteuses -rapport au monde -autres	- Avant de tester -Après avoir testé -pourquoi avoir accepté de tester -conseil à d'autres fibromyalgiques	-nb de séances -praticien -vécu -remontée d'évènement traumatique -exercice proposé -si échec, pourquoi ? -conditions pour que ça marche -EVA efficacité à court terme, à long terme, satisfaction -durée d'action

Intégration	Autres méthodes testées	Entourage/ conditions de vie
-suite donnée à cette découverte -autohypnose -autre	-relaxation -yoga -sophrologie -méditation -acupuncture -Tai shi -Qi Qong -médicaments -TENS -RTMS -psychothérapie -ostéopathie -kinésithérapie -autres	-célibataire ou en couple -enfants -changements liés à la fibromyalgie -changements vus par les proches après l'hypnose -réseau social -travail -activités