

Mémoire de Maîtrise en médecine N° 3322

# Etude pilote : L'hypnose comme technique de potentialisation du traitement interventionnel antalgique des lombalgies chroniques

---

Pilot study : Hypnosis as a Potentiation Technique for the Interventional Treatment of  
Chronic Lumbar Pain

## **Etudiant**

Schroeter Florent

## **Tutrice**

Pre Décosterd Isabelle

Dpt des services de chirurgie et d'anesthésiologie, Centre d'antalgie,  
CHUV

## **Co-tuteur**

Dr Delli-Noci Carlo

Dpt des services de chirurgie et d'anesthésiologie, Centre d'antalgie,  
CHUV

## **Expert**

Prof. Bonvin Eric

Dpt de psychiatrie et psychothérapie, Hôpital du Valais

Lausanne, 14.01.2017

# Table des matières

---

<b>1. Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Introduction</b> .....	<b>4</b>
2.1 Lombalgies chroniques .....	4
2.2 Options thérapeutiques .....	5
2.3 L'hypnose comme traitement antalgique .....	5
2.3.1 <i>Racines historiques</i> .....	5
2.3.2 <i>L'hypnose en pratique</i> .....	6
2.3.3 <i>Evidences pré-cliniques</i> .....	7
2.3.4 <i>Evidences cliniques</i> .....	8
<b>3. Question de recherche</b> .....	<b>8</b>
<b>4. Objectifs</b> .....	<b>9</b>
<b>5. Méthodologie</b> .....	<b>9</b>
5.1 Revue de littérature .....	9
5.2 Design de l'étude pilote .....	10
5.3 Recueil des données et outcomes .....	11
<b>6. Résultats</b> .....	<b>13</b>
6.1 Recrutement .....	13
6.2 Résultats quantitatifs par patient .....	13
6.2.1 <i>Patiente N°1</i> .....	13
6.2.2 <i>Patiente N°2</i> .....	14
6.2.3 <i>Patient N°3</i> .....	16
<b>7. Analyse et discussion</b> .....	<b>17</b>
7.1 Calcul de taille d'échantillon .....	17
7.2 Analyse qualitative .....	18
7.2.1 <i>Patiente N°1</i> .....	18
7.2.2 <i>Patiente N°2</i> .....	20
7.2.3 <i>Patient N°3</i> .....	21
7.2.4 <i>Analyse inter-patient</i> .....	22
7.3 Analyse globale .....	23
7.4 Critique de la méthodologie et du protocole .....	25
<b>8. Conclusion</b> .....	<b>27</b>
<b>9. Conflit d'intérêts</b> .....	<b>27</b>
<b>10. Remerciements</b> .....	<b>27</b>
<b>11. Annexes</b> .....	<b>28</b>
<b>12. Références</b> .....	<b>29</b>

## 1. Abstract

L'hypnose est utilisée comme complément dans certaines procédures en anesthésie, par exemple chez les grands brûlés, mais également comme traitement antalgique dans de nombreuses pathologies. Cette technique, connue et utilisée depuis plusieurs siècles sous plusieurs formes et dans des cadres très divers, s'est révélée utile dans le traitement de douleurs chroniques ne répondant pas ou mal aux thérapies médicamenteuses classiques (AINS, opiacés, etc.), souvent insuffisantes seules pour améliorer la qualité de vie des patients.

Notre étude pilote, sans cas contrôle, vise à tester la faisabilité d'un protocole combinant des séances d'hypnose et un traitement interventionnel antalgique, ici un bloc facettaire, chez des patients souffrant de lombalgies chroniques. Elle a également comme autres objectifs de fournir des données de base pour un calcul de taille d'échantillon, de déterminer quels paramètres pourraient être les plus intéressants à évaluer pour une étude à plus large échelle et, finalement, de rechercher d'éventuels effets secondaires de cette combinaison thérapeutique.

Les participants à l'étude ont été recrutés dans la population de patients consultant au Centre d'antalgie du CHUV. Pour participer à l'étude, le patient ou la patiente devait souffrir de lombalgies chroniques (durée de plus de 3 mois), avoir entre 18 et 65 ans et avoir reçu la prescription par son médecin du Centre d'antalgie d'un bloc facettaire. Il ou elle devait posséder des capacités cognitives et communicationnelles suffisantes et maîtriser suffisamment bien le français pour répondre aux questions permettant la récolte de données. Chaque participant a suivi 4 séances d'hypnose réparties sur 2 semaines, et ce avant le bloc facettaire prévu. Le contenu des séances d'hypnose était globalement similaire pour tous les participants, avec à la fin un apprentissage de l'auto-hypnose permettant, si le patient le désire, une poursuite des effets bénéfiques par une pratique à domicile.

Les données ont été recueillies via un questionnaire rempli lors de 3 entretiens avec chacun des 3 patients ayant participé à l'étude (avant la 1<sup>ère</sup> séance d'hypnose, avant le bloc facettaire et 2 à 4 semaines après celui-ci). Le questionnaire comprenait (i) des données socio-démographiques, (ii) une évaluation de la douleur et de ses interférences provenant du Basic Pain Inventory (BPI), (iii) une évaluation de certaines caractéristiques neuropathiques provenant du questionnaire DN4, (iv) une évaluation de l'anxiété et de la dépression grâce à l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), (v) une mesure des attentes et efficacités des traitements, (vi) une évaluation quantitative des attentes et efficacités concernant l'amélioration fonctionnelle permise par l'hypnose et (vii) plusieurs questions ouvertes visant notamment à investiguer les représentations du patient vis-à-vis des traitements proposés et d'autres approches antalgiques, les potentiels effets secondaires ressentis, la satisfaction du patient et un éventuel changement de représentation par rapport à l'hypnose comme traitement antalgique.

Au vu du faible nombre de participants, les données ont été analysées uniquement selon une méthode qualitative et le calcul de taille d'échantillon a été abandonné, celui-ci n'étant finalement pas considéré comme pertinent dans le cadre de cette étude pilote.

Aucun effet secondaire n'a été relevé par les participants, hormis une fatigue importante finalement considérée comme positive étant donné qu'elle a permis une amélioration du sommeil chez la patiente concernée.

De manière générale, nous avons relevé des améliorations peu importantes chez tous les participants au niveau des données quantitatives, sous réserve d'une puissance statistique insuffisante. Cependant, tous les patients ont explicité plusieurs effets bénéfiques de courte à moyenne durée permis par l'hypnose, ainsi qu'une satisfaction partielle vis-à-vis de cette approche thérapeutique, tous les participants se déclarant prêts et intéressés à pratiquer l'auto-hypnose afin de pérenniser les effets bénéfiques.

Il a également été possible de mettre en place diverses critiques concernant le protocole établi, ceci afin d'améliorer entre autres la pertinence du recueil de données et d'affiner le questionnaire utilisé.

Finalement, nous concluons que l'hypnose reste définitivement une approche antalgique complémentaire intéressante en cas de lombalgies chroniques, mais qu'il est nécessaire d'investiguer plus en détail ses effets sur une cohorte plus importante de patients souffrant de lombalgies chroniques.

Mots clés : lombalgies chroniques, hypnose, antalgie, bloc facettaire, médecine complémentaire

## 2. Introduction

### 2.1 Lombalgies chroniques

Selon l'OMS, la douleur est définie par « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrite en des termes évoquant une telle lésion* ». (1) Dans toutes les spécialités médicales, le traitement de la douleur est important, et ce notamment au vu du potentiel invalidant que peuvent avoir les syndromes douloureux chroniques à court, moyen et long termes, notamment sur les plans psychique (irritabilité, anxiété, troubles du sommeil, fatigue, dépression, etc.), social et relationnel, socio-économique (coûts directs et indirects, perte de productivité, incapacités de travail, etc.). Sur le plan économique, le coût total des douleurs chroniques atteindrait 210 milliards de \$ chaque année aux USA. (2) En Suisse, les lombalgies impliquent un coût total annuel d'environ 10 milliards de CHF, représentant ainsi entre 1.6 et 2.3 % du PIB, la majorité des coûts étant cependant causés par une minorité de patients. (3)

Les douleurs rachidiennes ou rachialgies représentent chez l'adulte le 2<sup>ème</sup> trouble physique le plus fréquent (40 % de la population générale) et ce juste après le sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude ou de manque d'énergie. Ces douleurs touchent plus volontiers les femmes (45 % vs 35 %). (4) La cause des douleurs lombaires, qu'elles soient aiguës ou chroniques, reste souvent peu claire, même s'il est possible d'en trouver (canal lombaire ou cervical étroit, hernie discale, troubles dégénératifs, scoliose, tumeurs, infections, etc.). (5)

La douleur chronique, définie par une douleur présente depuis au moins 3 mois (6), concerne entre 20 et 33 % de la population adulte et la moitié des personnes de plus de 65 ans, même si la prévalence exacte est difficile à déterminer puisqu'elle dépend fortement de la méthodologie utilisée. La majorité de ces douleurs chroniques sont des douleurs rachidiennes et des douleurs d'origine dégénératives. Les lombalgies chroniques toucheraient entre 5 et 12 % de la population générale adulte, cette prévalence étant difficile à déterminer précisément, notamment à cause de la variation des définitions appliquées et de biais de sélection. (7) L'âge avancé, le sexe féminin et le niveau socio-économique bas font partie des facteurs de risque de développer des douleurs chroniques. (2,8,9) Les douleurs neuropathiques – causées par une lésion ou une dysfonction du système nerveux central et/ou périphérique (6) – peuvent y être associées, par exemple lors d'une compression radiculaire par une hernie discale. Les douleurs neuropathiques sont souvent difficiles à prendre en charge, notamment de par leur physiopathologie intégrant des phénomènes somatiques, émotionnels, cognitifs, sociaux et environnementaux. (2) Elles sont généralement plus intenses, avec des localisations multiples et plus fréquentes chez les femmes, dans certains corps de métiers (travailleurs manuels, agriculteurs) et dans les régions rurales. (9)

Sur le plan neuro-anatomique, il a été observé plusieurs modifications cérébrales en lien avec la chronicité d'une douleur lombaire, notamment une dégénération du cortex préfrontal dorso-latéral, une perte de substance grise ainsi qu'une baisse du flux sanguin cérébral. (5)

Plusieurs facteurs de risque favorisent l'évolution d'une lombalgie aiguë vers une lombalgie subaiguë, puis chronique. Parmi ces facteurs prédictifs, nous retrouvons la perte de fonction, l'inactivité, l'état de santé général diminué et diverses comorbidités psychiatriques. (5) Or, plus une douleur dure, plus elle devient complexe et s'inscrit dans un cadre unique et individuel, que ce soit dans les domaines génétique et épigénétique, des antécédents personnels et familiaux, mais également en ce qui concerne les aspects cognitivo-comportementaux, socio-économiques, environnementaux et émotionnels. Ces différents aspects doivent être intégrés et considérés dans leur ensemble afin d'appréhender au mieux un patient douloureux chronique. (2)

## **2.2 Options thérapeutiques**

Le traitement de la douleur chronique est complexe et nécessite une prise en charge multidisciplinaire qui s'adresse au patient dans sa globalité et s'occupe autant des aspects somatiques que de la composante psycho-sociale de la douleur. L'efficacité de ces thérapies prises individuellement étant variable, mais généralement insuffisante pour calmer entièrement la douleur, la combinaison de différentes modalités thérapeutiques prend alors tout son sens. Parmi les différentes modalités actuellement utilisées, nous pouvons nommer entre autres les traitements pharmacologiques (paracétamol, AINS, opiacés, antidépresseurs, anti-épileptiques), les approches interventionnelles (blocs nerveux, blocs facettaires, pompes médicamenteuses, stimulation électrique médullaire), les approches de réhabilitation (exercices, physiothérapie, etc.), les psychothérapies (principalement l'approche cognitivo-comportementale) et finalement plusieurs médecines complémentaires comme la relaxation, l'hypnose ou encore l'acupuncture. (2,5,7,10)

Puisque les patients répondent de manière variable aux différents traitements antalgiques, il apparaît utile de chercher à combiner plusieurs thérapies qui se révèlent efficaces chez un patient après une période d'essai. (5,7)

## **2.3 L'hypnose comme traitement antalgique**

### **2.3.1 Racines historiques**

Le terme « hypnose » provient initialement du grec « Hypnos », frère jumeau de la Mort, qui personnifie notamment le sommeil. Ce terme a ensuite été utilisé pour représenter tous les phénomènes cliniques associés à l'hypnose et au sommeil (médicaments hypnotiques, etc.). (11)

Déjà lors de l'Antiquité, notamment en Grèce, en Egypte, chez les Romains et chez les Celtes, certaines cérémonies ajoutaient des composantes hypnotiques retrouvées dans certaines pratiques – entre autres le chamanisme - au-delà des frontières européennes. (11)

L'hypnose moderne trouve ses préludes chez Franz Anton Mesmer (1734-1815) au XVIII<sup>ème</sup> siècle, pour qui le terme de « magnétisme animal » était utilisé, en se basant sur un fluide universel rayonnant dans tout l'univers. Sa théorie évolua pendant plus d'un siècle auprès de plusieurs personnages notables tels que le marquis Chastenot de Puységur (1751-1825 ; étude du comportement de « transe »), l'abbé J.C. de Faria (1756-1819 ; méthodes d'induction et de suggestion verbales), James Braid (1795-1860 ; premier utilisateur du terme « hypnotisme »), John Elliotson (1791-1868 ; utilisation de l'hypnose en chirurgie), James Esdaile (1805-1850 ; utilisation de l'hypnose en chirurgie), Jean-Martin Charcot (1825-1893 ; hypnose comme état neuropathologique), Auguste Liébault (1823-1904) et Hippolyte Bernheim (1837-1919) (critique de Charcot : l'hypnose comme produit normal de la suggestion), Sigmund Freud (1856-1939 ; réactivation d'expériences

éprouvantes sous hypnose), Johannes Heinrich Schultz (1884-1970 ; premiers pas de l'auto-hypnose) et, entre autres, Pierre Janet (1859-1947 ; théorie de la dissociation). (11)

L'hypnose contemporaine trouve principalement ses sources chez deux individus : Clark L. Hull (1884-1952 ; premier programme de recherche à grande échelle sur l'hypnose) et Milton Erickson (1901-1980) considéré comme le père de l'hypnose telle que pratiquée de nos jours en Occident. Ce dernier a notamment développé de nombreuses techniques applicables en hypnose via quantité d'observations à ce propos. Il révolutionna en particulier la manière d'appréhender l'hypnose : l'inconscient n'est plus une source de chaos et de crainte, mais une réserve de ressources et un soutien pour le sain fonctionnement de l'esprit. De ceci, découle le fait que l'hypnothérapeute ne dirige plus la séance, mais devient plus permissif, une sorte de catalyseur permettant au patient d'entrer en état d'hypnose qui est alors plus considéré comme un état naturel qu'artificiel. Il s'agit donc plus de favoriser et valoriser les compétences propres à chaque patient pour envisager un changement et permettre une évolution plutôt qu'une guérison accordée par l'hypnothérapeute. (11)

### 2.3.2 L'hypnose en pratique

L'hypnose est un état de conscience altéré généralement induit par un procédé appelé induction hypnotique, procédé permettant de focaliser l'attention du sujet sur un élément spécifique, souvent une sensation, qu'elle soit somesthésique, olfactive, visuelle, auditive ou, dans certains cas, gustative. Plusieurs techniques verbales et non-verbales facilitent l'induction, par exemple l'utilisation de répétitions, de phrases simples et prévisibles ou encore d'une voix monocorde, mais l'étendue des techniques utilisables est vaste, avec d'autres approches comme l'hypnose conversationnelle. Il est nécessaire de s'adapter au patient, notamment au canal sensitif qui lui convient le plus, mais également à son cadre socio-culturel. Ainsi, pour certains, la variation du timbre vocal sera plus efficace qu'un ton monocorde. Ce procédé d'induction permet une diminution de l'état de vigilance et l'instauration d'un état en apparence proche du sommeil. (11)

Contrairement aux idées populaires, il n'est pas possible d'hypnotiser une personne qui n'en a pas l'envie et l'hypnose n'est pas un état ressemblant au sommeil : des études neurophysiologiques ont démontré qu'il s'agit d'une situation où l'attention est augmentée, avec une extrême sensibilité aux suggestions, mais toutefois une diminution de la sensibilité aux stimuli externes. (11–13) Les réflexes ostéo-tendineux, disparaissant pendant le sommeil, sont conservés en état d'hypnose. La dissociation est caractéristique de l'hypnose : il s'agit de la *simultanéité d'une activité mentale consciente et d'une activité mentale inconsciente, activités séparées l'une de l'autre* : l'individu voit son attention à la fois focalisée sur des éléments restreints (durant la phase d'induction par exemple), mais celle-ci est en même temps plus ouverte et plus sensible aux suggestions extérieures. Nous retrouvons donc le principe d'attention sélective qui est ici amplifiée lors d'une transe hypnotique, ce qui implique un plus grand « tri » des stimuli sensitifs qui parviennent à notre système nerveux central. (11)

La phase d'induction est classiquement suivie par une phase durant laquelle l'hypnothérapeute propose diverses suggestions dont le but est de moduler les perceptions subjectives du patient, dans notre cas, entre autres, la perception de la douleur, d'où l'intérêt croissant pour l'hypnose à visée antalgique. Ces suggestions peuvent être très variées en ce qui concerne leur spécificité et leurs objectifs. (11,12,14) Nous pouvons par exemple distinguer 3 types de suggestions dans la situation étudiée dans cette étude pilote :

- **Suggestions spécifiques à la douleur** : il peut s'agir de diminuer l'intensité de la douleur (par exemple grâce à une « substance » traversant le corps), d'en modifier la sensation pour

qu'elle soit plus facile à tolérer (par exemple la transformer en sensation de chaleur), d'augmenter le confort du patient, de détourner son attention vers un autre élément, d'améliorer la capacité du patient à la gérer, de diminuer la tension musculaire, etc. (12,14)

- **Suggestions non-spécifiques à la douleur** : contrairement aux suggestions précédentes, celles-ci ne ciblent pas directement la douleur, mais visent d'autres objectifs qui indirectement permettent une réduction de la douleur et une amélioration globale du mode de vie. Il s'agit par exemple de suggérer une réminiscence positive de mouvements ou de postures adaptées, une diminution de la fatigue, une amélioration du sommeil et/ou de la concentration, une amélioration de la confiance en soi, etc. (12,14)
- **Suggestions post-hypnose** : le principe de ces suggestions faites pendant la séance d'hypnose est de vivre une expérience positive et de soulagement que le patient pourra se réapproprier et réutiliser lorsqu'il sera de nouveau confronté à certains éléments de la symptomatologie douloureuse, mais cette fois en dehors des séances d'hypnose. De manière générale, il s'agit de réutiliser certains éléments de la séance (souvenirs positifs, respiration ample, sentiment d'apaisement, etc.) lorsque le patient se retrouve face à ces éléments (douleur, anxiété, tension musculaire, ...). (14)

Il est important de garder à l'esprit que les différentes techniques hypnotiques utilisées ne prennent leur entier sens que dans un contexte précis permettant à l'induction et aux suggestions d'atteindre leurs objectifs. Certes, une suggestion directe ou indirecte dans une conversation « normale » aura un effet sur les personnes participant à la discussion, mais cet impact sera bien plus important dans le cadre du contexte thérapeutique offert par l'hypnose. (11)

L'hypnose peut également être pratiquée seule sous forme d'auto-hypnose, c'est-à-dire une forme d'auto-apprentissage guidé permettant une pérennisation de l'expérience, facilitant l'induction et aidant le patient à valoriser ses ressources en reproduisant au moins partiellement le vécu d'une séance d'hypnose. Ainsi, selon ce point de vue, l'hypnothérapeute est véritablement un catalyseur permettant d'accéder à certaines ressources personnelles. Un entraînement à l'auto-hypnose est particulièrement intéressant dans le contexte des patients douloureux chroniques, le patient se retrouvant alors comme acteur de son traitement. (11,14)

### 2.3.3 Evidences pré-cliniques

La douleur chronique est influencée par divers processus neurophysiologiques aux niveaux spinal et supra-spinal, processus sur lesquels il est possible d'agir grâce à l'hypnose. En effet, il a été démontré que l'état hypnotique modifie le tracé d'électroencéphalogramme (EEG), avec une tendance à la diminution des ondes bêta et à l'augmentation des ondes alpha plus lentes. L'état de transe hypnotique reste donc, sur l'EEG, un état d'éveil et non de sommeil. (11–13,15)

Les sites cérébraux habituellement activés lors d'un stimulus douloureux comprennent le thalamus, l'insula, les cortex sensitifs primaire et secondaire, le cortex préfrontal et le gyrus cingulaire antérieur. Certaines régions sont, de plus, impliquées dans certains aspects particuliers de la douleur. Par exemple, le gyrus cingulaire antérieur faisant partie du système limbique, il est surtout impliqué dans les aspects émotionnels de la douleur (aspect déplaisant, ...), alors que les cortex sensitifs primaire et secondaire sont principalement liés à l'aspect sensoriel de la douleur (discrimination, localisation et intensité de la douleur). (12)

Il a été possible de mesurer l'activité cérébrale de différentes aires associées à la perception d'un stimulus douloureux en fonction de l'état de conscience du patient. Ainsi, il a été observé une plus grande diminution de l'activité cérébrale des aires liées à la douleur lorsque les suggestions suivent une induction hypnotique par rapport à de simples suggestions comme le fait d'imaginer une

diminution de la douleur. L'inverse est également vrai : il est possible d'accentuer une sensation douloureuse par des suggestions et cette accentuation est plus importante si une induction hypnotique a été réalisée avant ces suggestions. (12)

#### 2.3.4 Evidences cliniques

Il a été démontré que l'hypnose était plus efficace que l'absence de traitement et au moins autant efficace qu'un autre traitement actif dans la prise en charge de douleurs chroniques, même si elle est presque toujours insuffisante seule. L'hypnose a une efficacité similaire à plusieurs traitements comprenant une composante hypnotique, par exemple la relaxation musculaire et le biofeedback. (12,14)

Jusqu'à présent, l'hypnose a été utilisée comme thérapie complémentaire dans de nombreuses pathologies, y compris des douleurs diverses (fibromyalgie, syndrome du côlon irritable, certaines céphalées, sclérose en plaques, drépanocytose symptomatique, lésions médullaires, douleurs cancéreuses, complément en anesthésie, soins des grands brûlés, ...), mais également des pathologies psychiatriques (états dépressifs, phobies, syndrome de stress post-traumatiques PTSD, troubles du sommeil, ...) et autres. (11,14) Elle permet une réduction de la symptomatologie douloureuse et d'autres caractéristiques pathologiques via des effets spécifiques et non-spécifiques. Les effets non-spécifiques dépendent notamment de l'attente des patients envers le traitement ou encore l'attitude de l'hypnothérapeute. (16)

Les effets secondaires liés à l'hypnose sont rares, y compris l'amnésie spontanée, et leur incidence peut être diminuée en utilisant, lors de la séance, diverses suggestions permettant de les prévenir. Néanmoins, il est recommandé aux praticiens de rester attentifs aux éventuels symptômes psychopathologiques se développant suite à un traitement par hypnothérapie. Il n'y a pas de réelle contre-indication à l'hypnose, seulement des situations où elle a de grandes chances de ne pas être efficace (phase aiguë d'un trouble psychotique, trouble de la personnalité borderline, paranoïa, âge de moins de 3 ans, certaines arriérations mentales, etc.). (11,17)

### 3. Question de recherche

Dans le contexte des douleurs chroniques, les résultats observés concernant la réduction de la douleur restent pour le moment insatisfaisants et insuffisants pour améliorer significativement la qualité de vie des patients touchés.

Nous gardons donc comme base théorique pour ce travail qu'il n'existe pour l'instant pas un seul traitement standardisé des douleurs chroniques, mais plusieurs possibilités thérapeutiques qui seront combinées en prenant en compte leur efficacité en fonction du patient.

Dans ce contexte, s'est posée la question d'une combinaison entre un traitement antalgique bien connu et largement pratiqué et une approche thérapeutique complémentaire, tout ceci chez des patients souffrant de douleurs chroniques. Nous avons décidé au Centre d'antalgie du CHUV d'explorer une combinaison entre un bloc facettaire et des séances d'hypnose à but antalgique chez des patients avec des lombalgies chroniques. Notre question de recherche primaire est : un traitement d'hypnose à but antalgique peut-il potentialiser l'effet d'un traitement interventionnel (dans notre cas un bloc facettaire) chez des patients avec des lombalgies chroniques ? Une telle



étude dépassant les objectifs et le temps accordé pour un travail de maîtrise en médecine, nous avons choisi d'effectuer une étude pilote explorant la faisabilité d'une telle étude.

## 4. Objectifs

Puisque nous n'avons pas trouvé, dans la littérature, d'études concernant la combinaison que nous désirons étudier, il a été décidé de mettre en place un nouveau protocole dans une étude pilote avec les objectifs suivants :

- 1) Déterminer la faisabilité d'un tel protocole dans une étude à plus large échelle dans le Centre d'antalgie du CHUV et émettre une critique de cette étude pilote concernant son protocole en général, ainsi que les différents éléments étudiés ;
- 2) Fournir des données de base pour un calcul de taille d'échantillon ;
- 3) Trouver, à partir des différents paramètres étudiés lors de cette étude pilote, lesquels seraient les plus pertinents et sensibles à suivre lors d'une étude à plus grande échelle ;
- 4) Rechercher d'éventuels effets secondaires de la combinaison de ces deux traitements connus, par exemple une péjoration de la douleur ou un débordement émotionnel.

Il nous semble toutefois nécessaire de préciser que cette étude est principalement axée sur l'hypnose comme intervention principale dans le traitement des lombalgies chroniques, laissant le bloc facettaire comme intervention de référence. C'est pourquoi, dans ce travail, nous développerons surtout des éléments à propos de l'hypnose thérapeutique, bien moins concernant l'approche interventionnelle. De plus, dans une étude similaire à plus large échelle, son objectif serait de mettre en évidence principalement l'intérêt de l'hypnose comme traitement adjuvant par rapport à l'approche interventionnelle de référence, voire une synergie des deux approches.

## 5. Méthodologie

### 5.1 Revue de littérature

Afin de remplir les différents objectifs de ce travail de maîtrise, il fallait tout d'abord obtenir des informations de littérature concernant le problème de base étudié – à savoir, les douleurs lombaires chroniques déjà présentées dans ce mémoire – ainsi que l'intervention principale étudiée, soit l'hypnose thérapeutique ericksonienne. Ainsi, il sera fait finalement peu mention des détails concernant le bloc facettaire considéré ici comme l'intervention de référence.

Les différentes sources littéraires obtenues pour étudier ces différents sujets ont été les suivantes :

- Moteur de recherche PubMed, avec les mots clés issus du répertoire MeSH « low back pain », « hypnosis », « anxiety », « sleep », ainsi que leurs différentes combinaisons utilisables ;
- Cours à option M1.9 sur la douleur et l'antalgie donné durant le semestre d'automne 2014 à l'Ecole de Médecine de la Faculté de Biologie et Médecine de l'Université de Lausanne, ainsi que les nombreuses références citées durant ce cours ;
- Lectures conseillées par les différentes personnes impliquées dans ce projet de travail de master, ainsi que les références citées par ces lectures.

## 5.2 Design de l'étude pilote

Le design de l'étude pilote en tant que tel a été élaboré avec l'aide de plusieurs membres du Centre d'antalgie du CHUV sur la base de leur expérience en recherche clinique. Les différentes personnes impliquées dans cette étude sont la Pre Isabelle Décosterd comme tutrice de ce travail de maîtrise, le Dr Marc Suter comme promoteur et investigateur principal, le Dr Carlo Delli-Noci comme investigateur et hypnothérapeute, M. Florent Schroeter comme co-investigateur et, finalement, la Dre Chantal Berna-Renella et Mme Maryse Davadant comme consultant externes.

L'étude pilote ne comprend qu'un seul groupe de 5 à 8 patients souffrant de lombalgies chroniques (définies par une durée supérieure à 3 mois), entre 18 et 65 ans, et chez qui une intervention de type bloc facettaire est indiquée d'après les critères utilisés au Centre d'antalgie. Afin de pouvoir participer de la meilleure manière possible aux séances d'hypnose et de pouvoir compléter de manière complète le questionnaire, il était demandé que les participants aient un niveau de compréhension et d'expression suffisant en français. Parmi les critères d'exclusion à cette étude, nous avons retenu principalement l'antécédent d'un bloc facettaire pour la même indication, ceci afin d'éviter que l'expérience personnelle du patient ne génère un biais sur ses attentes. Nous avons également exclu de cette étude les patients avec une contre-indication pour le bloc facettaire (allergie aux anesthésiques locaux ou aux opiacés, infection locale, trouble de la coagulation, etc.) ou pour l'hypnose (principalement un trouble psychiatrique sévère et/ou décompensé ne permettant pas le suivi régulier des séances d'hypnose de manière jugée efficace par l'hypnothérapeute, ou encore une situation psychosociale trop complexe pour permettre un suivi adéquat). Le protocole de cette étude a été autorisé par la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain et a été considérée comme un essai clinique. Une demande complète et non pas une procédure accélérée pour un travail de maîtrise en médecine a dû être soumise (cf annexes).

**Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion**

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Femme/homme entre 18 et 65 ans	Précédent bloc facettaire pour la même indication
Lombalgies chroniques (> 3 mois)	« Contre-indication » pour l'hypnose (trouble psychiatrique sévère et/ou décompensé, situation psychosociale complexe)
Expression et compréhension suffisante du français	Contre-indication pour le bloc facettaire
Indication à un bloc facettaire posée par un médecin du Centre d'antalgie	

Les différents participants ont été recrutés sur une durée d'un mois avec l'aide des différents médecins consultant au Centre d'antalgie. Une fois les patients éligibles sélectionnés, ceux-ci ont été contactés par téléphone par le co-investigateur pour qu'ils reçoivent toutes les informations relatives à l'étude. Après un certain délai prédéfini avec lui, chaque participant potentiel a été rappelé afin de savoir s'il acceptait de participer à l'étude. Si oui, un premier rendez-vous était alors fixé au Centre d'antalgie, ce rendez-vous comprenant le premier entretien et la première séance d'hypnose.

Concernant la structure générale des interventions de l'étude, il a été décidé que chaque patient suivrait d'abord 4 séances d'hypnose avec un seul hypnothérapeute formé. Etant donné qu'il n'est pas possible de standardiser complètement une séance d'hypnose sans en perdre une grande partie d'efficacité thérapeutique (11), chaque séance a été dédiée à une thématique spécifique, avec une progression en direction (i) de suggestions positives concernant la réduction de la douleur par l'hypnose et par la procédure interventionnelle et (ii) de l'autonomisation du patient dans sa pratique de l'auto-hypnose :

- **1<sup>ère</sup> séance d'hypnose** : séance orientée autour du « body scan » afin de rendre le patient attentif aux différentes sensations présentes dans son corps entier et/ou de se focaliser sur certains segments corporels uniquement, ceci afin de lui permettre de se réapproprier toutes ses sensations. Une fois ceci effectué, plusieurs suggestions sont utilisées afin de diminuer la douleur dans un segment du corps, entre autres ;
- **2<sup>ème</sup> séance d'hypnose** : après une première phase d'induction hypnotique, le patient est invité par quelques suggestions à se construire une « safe place », c'est-à-dire un lieu construit par le patient où il se sent bien et en sécurité, par exemple dans des situations difficiles, ce qui permet d'atteindre de manière indirecte les objectifs des séances d'hypnose. Cette « safe place » a également une utilité à long terme puisqu'elle peut être réutilisée dans les séances suivantes et durant l'auto-hypnose si le patient désire la pratiquer ;
- **3<sup>ème</sup> séance d'hypnose** : elle combine une phase d'induction, puis des suggestions axées spécifiquement sur la douleur et le geste interventionnel à venir. Son objectif principal est d'anticiper positivement celui-ci, ainsi que la suite du suivi. Ces suggestions comprennent entre autres de faire expérimenter au patient le bloc facettaire de la manière avec laquelle il aimerait qu'il se déroule et les activités qu'il pourrait pratiquer une fois soulagé des douleurs chroniques, par exemple certains hobbies ;
- **4<sup>ème</sup> séance d'hypnose** : cette dernière séance est très similaire en contenu à la précédente, mais elle est axée sur l'apprentissage de l'auto-hypnose. L'hypnothérapeute est présent et guide le patient de telle sorte à ce qu'il puisse pratiquer l'auto-hypnose et donc reproduire l'effet thérapeutique des séances sans la présence d'un thérapeute.

Entre 1 et 4 semaines après la dernière séance d'hypnose, le bloc facettaire prévu initialement dans la prise en charge du patient a lieu. Dans la mesure du possible, il a été fait en sorte de ne pas repousser cette intervention afin d'éviter tout délai dans le traitement initialement prévu par le médecin en charge.

### 5.3 Recueil des données et outcomes

Les données recueillies lors de cette étude se veulent volontairement nombreuses et larges, ceci pour tenter de mettre en évidence les paramètres les plus intéressants à étudier dans une étude à plus grande échelle (cf chapitre 4). Toutes les données obtenues proviennent d'entretiens effectués entre le patient et le co-investigateur, mais également des discussions entre les membres de cette étude pilote et ce, afin de compléter notre analyse qualitative. Les données recueillies lors des entretiens avec les patients comprennent à la fois des données sujettes à analyse quantitative et des données sujettes à analyse qualitative (cf questionnaire complet annexé) et sont retranscrites d'abord à la main par le co-investigateur, puis enregistrées dans un fichier informatisé Microsoft Excel :

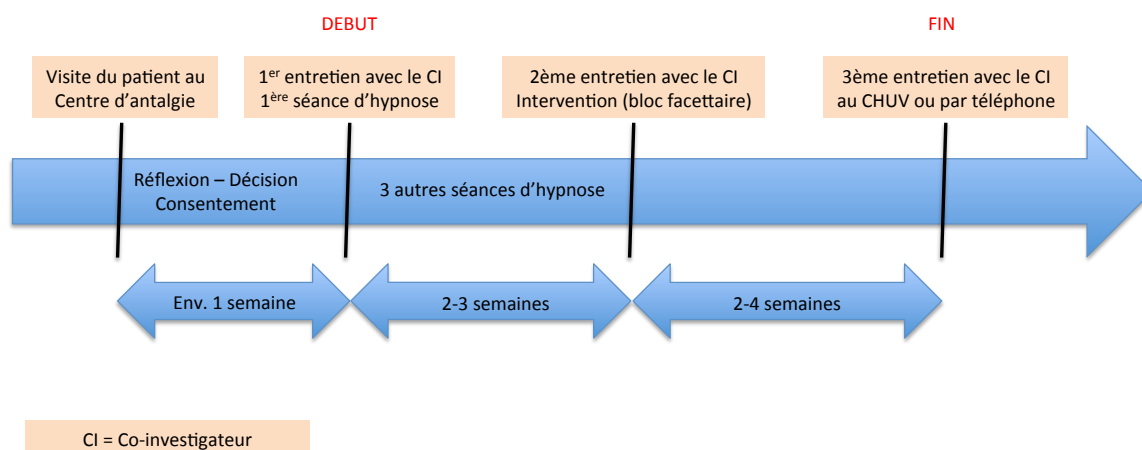
- **Données socio-démographiques** ;
- **Evaluation de la douleur** : questionnaire Basic Pain Inventory BPI (durée de la douleur, localisation(s), intensité, interférences avec différents éléments de la vie quotidienne) (21), ainsi que le questionnaire sur les douleurs neuropathiques DN4 (22) ;
- **Evaluation du niveau d'anxiété et de dépression** : à partir de l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale HADS (23) ;
- **Evaluation des attentes et de l'efficacité des deux traitements** : pris d'abord séparément, puis ensemble ;
- **Evaluation de l'amélioration fonctionnelle attendue et avérée permise par l'hypnose** : sur la capacité à faire du sport, à pratiquer l'activité professionnelle, à remplir les différentes activités quotidiennes du patient et à améliorer son moral ;

- **Questions ouvertes** : concernant les représentations et attentes du patient par rapport aux traitements proposés, aux traitements médicamenteux contre la douleur et aux autres approches utilisées par le patient (physiothérapie, ostéopathie, etc.), puis, après les séances d'hypnose, les éventuels effets secondaires observés par le patient et/ou l'hypnothérapeute, le vécu du patient par rapport à l'hypnose et/ou l'auto-hypnose. Ces questions laissent également une place au patient pour d'éventuelles remarques et suggestions d'amélioration concernant le protocole.

La structure de l'étude est décrite par la figure 1 : chaque patient inclus dans l'étude suivra, dans l'ordre, les étapes suivantes :

- **1<sup>er</sup> entretien** : il commence par la signature du consentement éclairé du patient et permet d'évaluer l'état initial dans lequel se trouve le patient douloureux chronique. Cet entretien est immédiatement suivi par la 1<sup>ère</sup> séance d'hypnose afin de limiter au maximum les venues du patient au Centre d'antalgie ;
- **4 séances d'hypnose** : réparties sur 2 à 3 semaines ;
- **2<sup>ème</sup> entretien** : il est plus bref, n'évalue pas les aspects anxieux et dépressif du HADS et ne comporte qu'une seule question ouverte ;
- **Bloc facettaire** : il a lieu soit juste après, soit le lendemain du 2<sup>ème</sup> entretien ;
- **3<sup>ème</sup> entretien** : il est à nouveau plus complet et comprend plusieurs questions ouvertes permettant au patient d'exprimer au mieux son expérience subjective et son avis par rapport au déroulement de l'étude.

## Déroulement général de l'étude



**Figure 1 : schéma général du déroulement de l'étude pour les participants.**

Les différentes données obtenues sont ainsi codées sur papier et dans le fichier Excel informatisé, en sachant que seules les personnes impliquées dans l'étude possèdent le code permettant de déterminer l'identité des participants. Afin d'éviter toute erreur de retranscription, 3 contrôles sont effectués : les deux premiers par le co-investigateur et le dernier par l'investigateur. A la fin de l'étude, les données obtenues sont archivées selon la procédure habituelle pour les essais cliniques.

En ce qui concerne les dommages éventuels causés aux participants, le CHUV s'est engagé à répondre de ces derniers en sa qualité de promoteur, conformément aux dispositions légales applicables.

## 6. Résultats

### 6.1 Recrutement

Au total, sur le mois de recrutement prévu, les différents médecins consultant au Centre d'antalgie du CHUV ont pu relever en tout 8 patients correspondant aux critères d'inclusion. Parmi ces patients éligibles, seuls 3 ont finalement pu participer à l'étude (taux de participation de 37.5 %). 5 patients n'ont donc pas pu être inclus dans l'étude :

- **2 patients** : car le délai avant le bloc facettaire était trop court et leur médecin du Centre voulait éviter un report ;
- **1 patient** : hospitalisé en phase aigüe, ce qui, après discussion avec l'investigateur et le promoteur, ne permettait pas de bonnes conditions pour le déroulement du protocole ;
- **1 patient** : il a été impossible de reprendre contact avec lui après la transmission des documents d'informations ;
- **1 patiente** : elle n'est jamais venue au 1<sup>er</sup> entretien et n'a dès lors plus répondu aux appels téléphoniques du co-investigateur.

Au vu du faible nombre de patients et de l'importance de l'analyse qualitative dans cette étude pilote, il a été décidé de présenter les résultats de chaque patient individuellement.

### 6.2 Résultats quantitatifs par patient

#### 6.2.1 Patiente N°1

La première patiente est une femme de 49 ans souffrant de lombalgies chroniques depuis 6-12 mois, avec irradiation dans toute une jambe jusqu'au pied, avec en plus des douleurs rachidiennes hautes, de l'épaule et du poignet. Les douleurs sont parfois bilatérales et la pire douleur est la douleur lombaire. Les douleurs lombaires sont initialement sévères et globalement peu modifiées au fil des 3 entretiens, avec respectivement une intensité maximale à 9/10, 9/10 et 8/10, une intensité minimale à 6/10, 7/10 et 6/10 et une intensité moyenne à 7/10, 8/10 et 7/10 (figure 2). Les caractéristiques neuropathiques se révèlent au cours de l'étude, la patiente répondant positivement à 3 caractéristiques sur 7 au DN4 lors du 1<sup>er</sup> entretien, mais à 6/7 critères lors du 2<sup>ème</sup> entretien et à 5/7 critères lors du 3<sup>ème</sup> entretien. Elle décrit initialement une interférence importante entre ses lombalgies et son activité générale (7/10), sa capacité à marcher (8/10), son sommeil (7/10), un impact plus modéré mais toutefois conséquent sur son humeur (5/10), son travail habituel (6/10), et son goût de vivre (5/10). Par contre, elle ne décrit aucun impact sur sa relation avec les autres (0/10). Au fil des entretiens, ces interférences restent soit stables, soit augmentent d'au maximum 1 point, (résultats complets en annexe), à l'exception de la relation avec les autres qui est décrite aux 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> entretiens comme altérée à cause des lombalgies, et ce à une hauteur respectivement de 5/10 et 4/10 (figure 3). Le score HADS est, lors du 1<sup>er</sup> entretien, de 10/21 pour l'anxiété et de 9/21 pour la dépression et, au 3<sup>ème</sup> entretien, respectivement de 10/21 et de 7/21. Cette patiente estime que l'efficacité de l'hypnose, du bloc facettaire et de la combinaison des deux sera de 5/10 dans la réduction de la douleur pour elle et que cela correspond à leur efficacité dans la population générale. Lors du 3<sup>ème</sup> entretien, elle évalue que la réduction de la douleur permise par l'hypnose est de 4/10, mais celle du bloc facettaire (BF) de 0/10, avec une réduction à 2/10 permise par la combinaison (figure 4). Alors que cette patiente avait des attentes relativement élevées par rapport à l'efficacité de l'hypnose pour aider à faire du sport (3/5), à pratiquer son activité professionnelle (2/5), ses activités quotidiennes (4/5) et à améliorer son moral (3/5), l'hypnose n'a permis au final qu'une amélioration de son moral (3/5), sans effet dans les 3 autres situations (1/5).

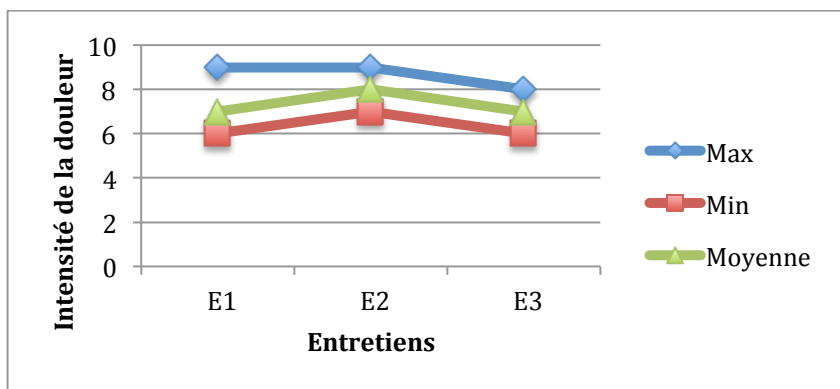


Figure 2 : intensités de la douleur chez la patiente N°1

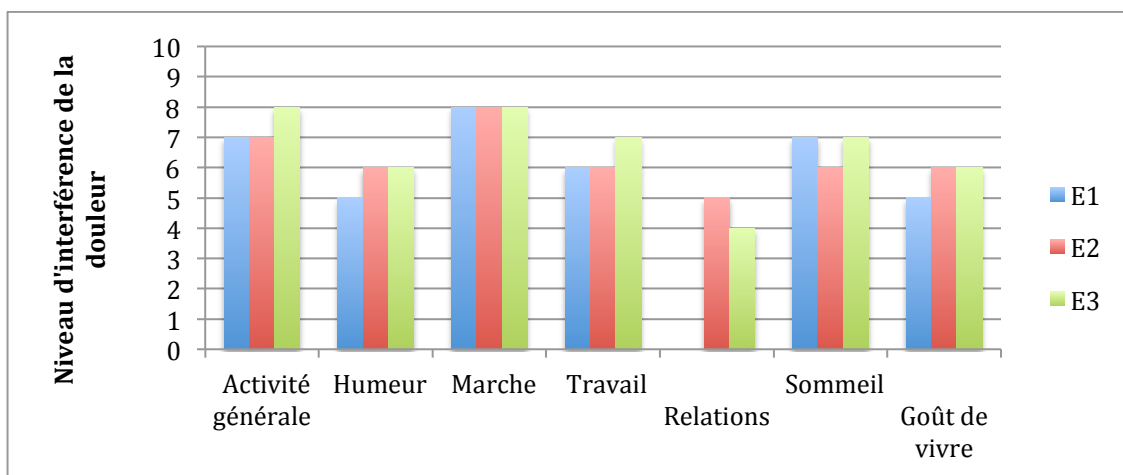


Figure 3 : niveaux d'interférence de la douleur chez la patiente N°1

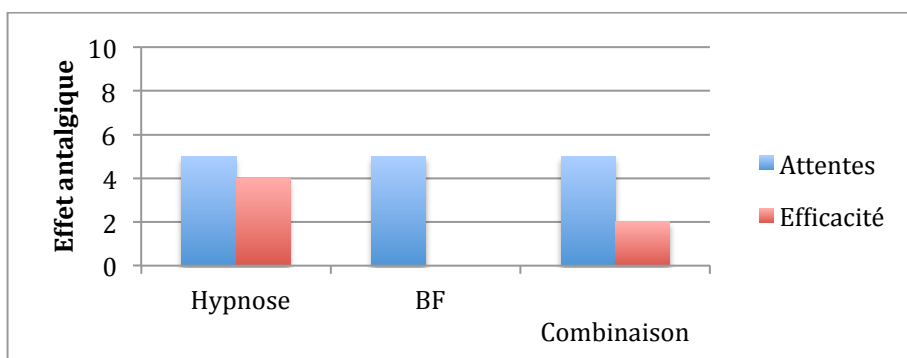


Figure 4 : attentes et effets antalgiques chez la patiente N°1

### 6.2.2 Patiente N°2

La 2<sup>ème</sup> patiente est à nouveau une femme, cette fois de 32 ans, présentant des lombalgies chroniques depuis 1-3 ans, bilatérales au niveau du dos et irradiant d'un côté dans toute la jambe jusqu'au pied, avec au départ 5 caractéristiques neuropathiques sur les 7 investiguées par le DN4. Le nombre de ces caractéristiques augmente entre les entretiens à 7 au 2<sup>ème</sup> et à 6 au 3<sup>ème</sup>. La localisation évolue par la suite, avec, dès le 2<sup>ème</sup> entretien, des douleurs quotidiennes touchant en

plus le rachis supérieur. La douleur la plus gênante reste cependant celle ressentie dans la fesse. Aux trois entretiens, elle décrit des intensités douloureuses sur l'échelle numérique très similaires, avec des intensités maximales identiques (10/10), une intensité minimale très peu variable (8/10, 8/10 et 9/10) et une intensité moyenne très stable également (9/10, 9/10 et 10/10) (figure 5). Les lombalgies interfèrent énormément avec tous les aspects étudiés : 9/10 pour l'activité générale, l'humeur, la capacité à marcher, le travail habituel, les relations et le sommeil, et 7/10 pour le goût de vivre. Au 2<sup>ème</sup> entretien, nous ne relevons qu'une légère amélioration concernant l'humeur (7/10), sans changement dans les autres éléments. Lors du dernier entretien, la patiente relève une légère amélioration de l'activité générale (8/10) et du sommeil (8/10), une nouvelle péjoration de l'humeur (9/10) et une légère péjoration du goût de vivre (8/10) (figure 6). Nous notons également une péjoration du score HADS dans son ensemble ainsi que dans ses deux composantes, avec un score d'anxiété qui passe de 12/21 à 14/21 et un score de dépression qui passe de 4/21 à 10/21. Cette patiente s'attend surtout à une efficacité antalgique grâce à l'hypnose (5/10), mais sans aucun effet du bloc facettaire en ce qui la concerne (0/10), avec donc un effet des thérapies combinées à 5/10. Dans la population générale, elle estime cependant que le bloc facettaire a une efficacité antalgique à 2/10, l'hypnose à 5/10 et la combinaison à 6/10. Au 3<sup>ème</sup> entretien, cependant, elle n'a observé que très peu d'effet antalgique (hypnose à 0/10, bloc facettaire à 1/10, combinaison à 1/10) (figure 7). Alors qu'elle avait des attentes relativement importantes pour que l'hypnose améliore sa capacité à faire du sport (4/5), à pratiquer son activité professionnelle (3/5), à faire ses activités quotidiennes (2/5), à améliorer son moral (4/5) et son sommeil (5/5), elle ne relève finalement qu'une discrète amélioration du moral (2/5) et du sommeil (2/5), sans réelle amélioration dans les trois derniers cas (1/5).

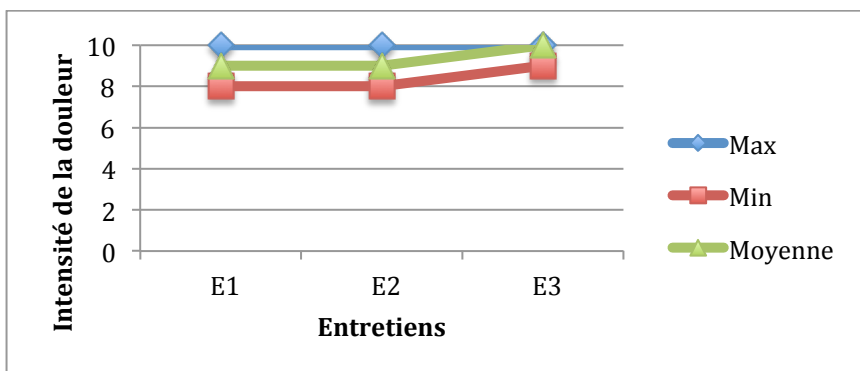


Figure 5 : intensités de la douleur chez la patiente N°2

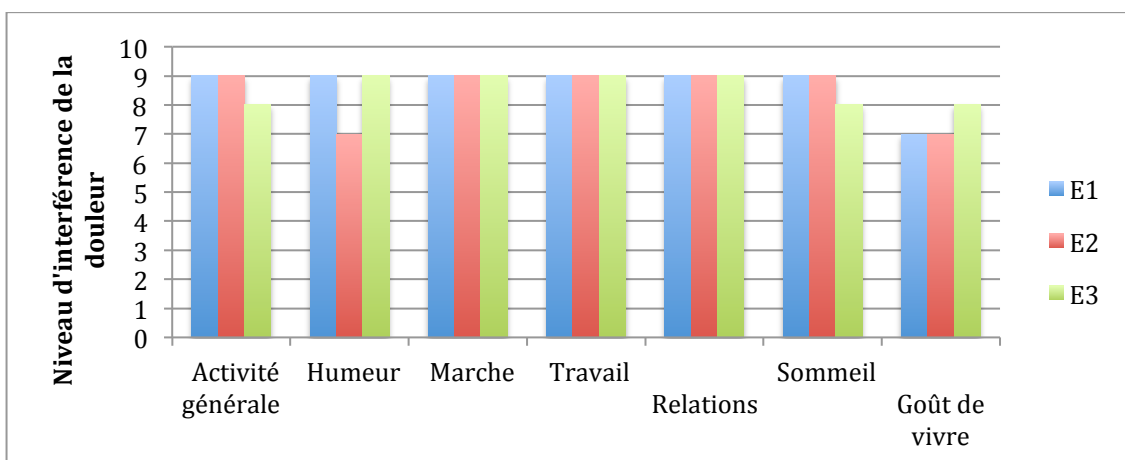


Figure 6 : niveaux d'interférence de la douleur chez la patiente N°2

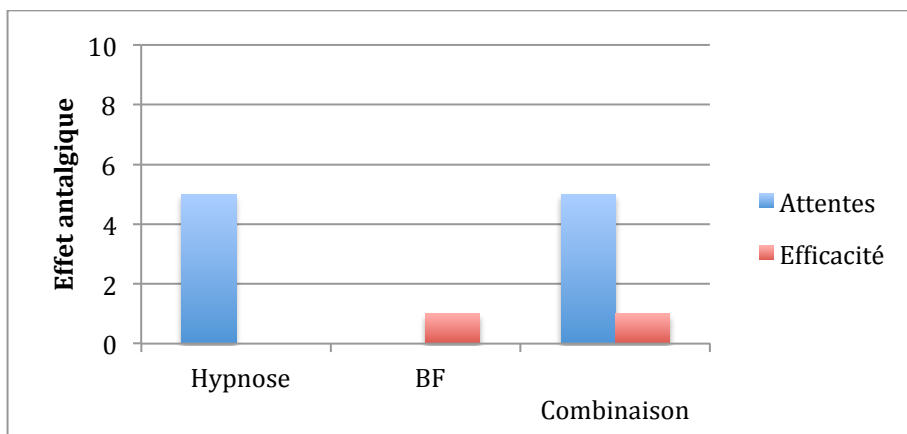


Figure 7 : attentes et effets antalgiques chez la patiente N°2

### 6.2.3 Patient N°3

Notre troisième et dernier patient est un homme de 47 ans souffrant de lombalgies depuis 5-10 ans, unilatérales, irradiant également dans toute la jambe jusqu'au pied, avec en plus des douleurs d'épaule. Ces lombalgies ont également des caractéristiques neuropathiques (4/7 initialement, puis 5/7 au DN4). La douleur la plus gênante est également celle ressentie dans la fesse. Son intensité moyenne reste à 7/10 lors de tous les entretiens, avec une intensité maximale en légère diminution (respectivement 9/10, 8/10 et 8/10) et une intensité minimale en légère augmentation (5/10, 6/10 et 6/10) (figure 8). Comme pour la patiente précédente, ces lombalgies interfèrent très fortement avec pratiquement tous les éléments étudiés (8/10 pour l'activité générale, l'humeur et le travail habituel, 9/10 pour les relations et 10/10 pour le sommeil et le goût de vivre), la capacité à marcher étant légèrement mieux préservée (interférence à 6/10). Au 2<sup>ème</sup> entretien, nous notons une légère amélioration pour l'activité générale (7/10), le travail habituel (7/10), les relations (7/10), le sommeil (8/10) et le goût de vivre (8/10), mais une stabilité de l'humeur (8/10) et une péjoration de la capacité à marcher (8/10). Lors du dernier entretien, tous ces éléments sont restés stables, hormis la capacité à marcher qui s'est légèrement améliorée (7/10) (figure 9). Le score HADS varie et passe d'une valeur initiale de 10/21 pour l'anxiété à une valeur de 13/21 et d'une valeur de 13/21 pour la dépression à une valeur de 11/21.

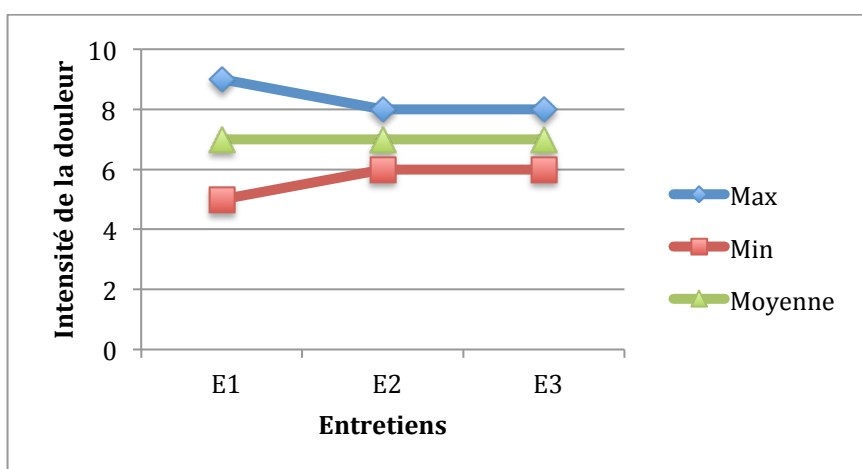


Figure 8 : intensités de la douleur chez le patient N°3



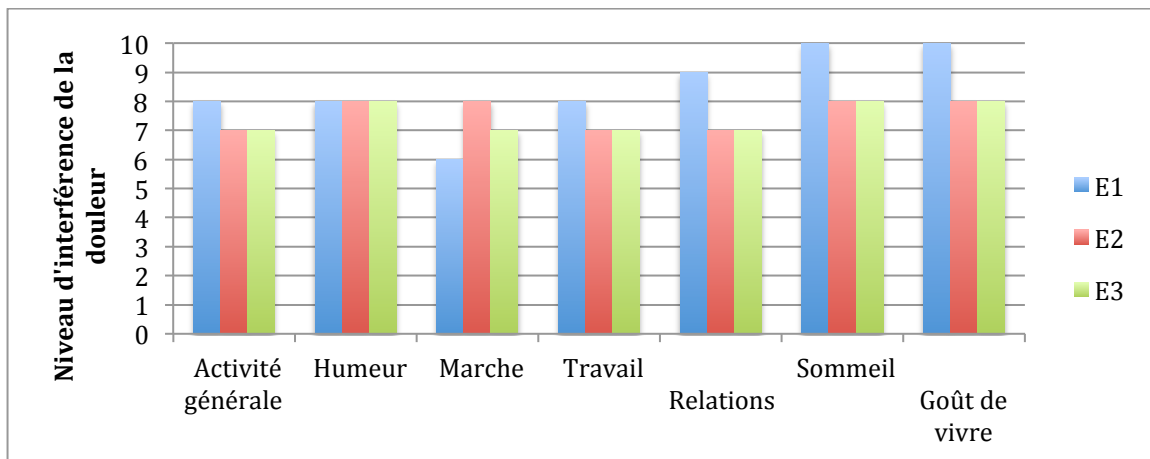


Figure 9 : interférences de la douleur chez le patient N°3

Ce patient a d'importantes attentes quant à la réduction de la douleur par l'hypnose (7/10), le bloc facettaire (5/10) et la combinaison des deux traitements (7/10). A terme, les résultats d'un point de vue subjectif sont décrits comme partiellement supérieurs à ceux escomptés, avec une efficacité antalgique jugée à 7/10 pour l'hypnose, à 7/10 pour le bloc facettaire et également à 7/10 pour la combinaison (figure 10). Ses différentes attentes concernant l'amélioration grâce à l'hypnose de la capacité à exercer son activité professionnelle, ses activités quotidiennes et à améliorer son moral sont remplies (respectivement 2/5, 3/5 et 3/5), mais ce n'est pas le cas de la capacité à faire du sport (estimation initiale à 3/5, pour un résultat évalué à 1/5). Concernant les autres améliorations possiblement en ajout, le patient mentionne le désir d'être indépendant du praticien de manière générale, capacité évaluée à 4/5 au 3<sup>ème</sup> entretien (sans donnée recueillie au 1<sup>er</sup> entretien car l'objet n'avait pas été mentionné).

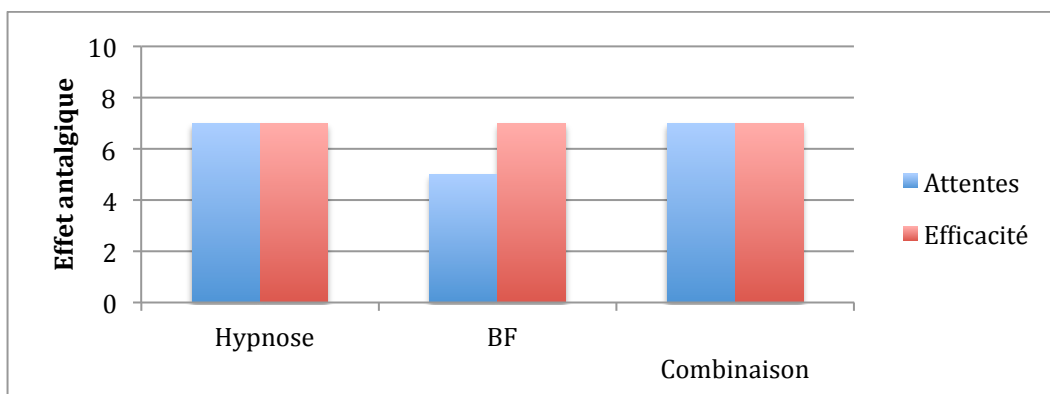


Figure 10 : attentes et effets antalgiques chez le patient N°3

## 7. Analyse et discussion

### 7.1 Calcul de taille d'échantillon

Le calcul de taille d'échantillon a été un sujet de débats et de doutes lors de la réalisation de ce travail, notamment au vu du nombre de patients plus bas que celui escompté. Or, ce calcul exige de connaître, dans la population étudiée – dans notre cas une cohorte de patients avec lombalgies chroniques traités par bloc facettaire – la valeur moyenne et la déviation standard d'une variable qui,

on le suppose, sera influencée de manière significative par l'intervention étudiée – dans notre cas l'hypnose. Notre taille d'échantillon reste cependant insuffisante pour obtenir des données pertinentes. Il serait possible de trouver ces valeurs dans d'autres études, mais (i) seulement dans des études chez des patients avec lombalgies chroniques (sans traitement par bloc facettaire) et (ii) dans des études dont l'échantillon n'est pas forcément représentatif de la population consultant au Centre d'antalgie du CHUV.

De plus, toujours pour ce calcul, il faut estimer l'effet escompté de l'intervention sur la variable, ce qui est difficile dans notre cas étant donné qu'aucune variable n'a été modifiée positivement chez tous les patients.

Ainsi, au vu des éléments qui précèdent, il a été décidé de ne pas réaliser ce calcul. Cependant, il nous semble que les variables les plus intéressantes à étudier à court ou moyen terme seraient les suivantes :

- **Intensité moyenne de la douleur** : il est dans ce cas très difficile d'estimer une valeur moyenne de douleur étant donné la variabilité des populations étudiées ;
- **Interférence avec le sommeil** : au vu du fonctionnement même de l'hypnose et des similitudes avec, entre autres, des techniques de relaxation, nous supposons que le sommeil est une des premières interférences qui sera améliorée par l'hypnose, alors que d'autres améliorations surviendraient plus tardivement (capacité à marcher, travail habituel). Il nous semble très intéressant d'étudier cette valeur étant donné que le sommeil est altéré de manière statistiquement significative en cas de lombalgie chronique, avec un score PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) à 10.9 +/- 4.9, dans une étude de Marty et coll. (24)
- **Score HADS** : même s'il n'a pas été possible d'observer une amélioration du score global ou de ses composantes chez tous les patients, nous restons convaincus que l'hypnose peut aider, au moins dans certains cas, à réduire le niveau d'anxiété (au moins à court terme) et, possiblement, de dépression. C'est pourquoi nous pensons pertinent d'étudier au moins la composante d'anxiété de ce score.

## 7.2 Analyse qualitative

Pour cette partie d'analyse qualitative, il a été décidé de prendre tout d'abord chaque patient séparément, de rapporter les réponses aux questions ouvertes collectées lors des entretiens et d'effectuer une analyse du contenu. Nous tenterons ensuite de formuler des hypothèses sur la base de ces résultats d'analyse.

### 7.2.1 Patient N°1

La patiente N°1 se représente l'hypnose comme une « *technique de manipulation* » qui, « *bien qu'elle dépend beaucoup du degré de réceptivité du patient* », permettrait à l'hypnotiseur « *de faire ce que l'on veut du patient* ». Ce pouvoir, selon la patiente, pourrait être utilisé par une « *personne malveillante pour endoctriner* » quelqu'un. Bien que la patiente se questionne sur la possible perte de contrôle pendant l'expérience hypnotique, elle se dit curieuse de découvrir l'hypnose et ses limites comme traitement et ouverte à celle-ci comme approche antalgique complémentaire. Elle est cependant plus réticente au bloc facettaire à cause d'une précédente infiltration cervicale à la cortisone qui lui avait causé de « *très fortes douleurs* ». Elle dit ne pas aimer les piqûres, mais semble avoir bien compris la procédure du bloc facettaire. Concernant ses attentes, la patiente affirme

vouloir « *réduire [sa] consommation de médicaments* », notamment les « *opiacés dont les effets secondaires sur l'estomac* » exacerberaient les symptômes d'hernie hiatale dont elle souffre.

La patiente a suivi plusieurs séances de physiothérapie qui n'ont pas soulagé ses douleurs, et qui les ont parfois même aggravées.

Suite aux séances d'hypnose, elle n'a relevé aucun effet secondaire à celles-ci, même après avoir refait des exercices d'auto-hypnose à domicile. Cependant, elle relève une certaine « *difficulté à [se] concentrer* ». Sa capacité « *à entrer en transe* » varie en fonction de l'intensité de la douleur et de sa diffusion. L'auto-hypnose « *marche assez bien quand les douleurs sont modérées* », mais moins bien « *si les douleurs sont très importantes* » ou si la douleur est « *très diffuse, et donc il est difficile de cibler le point qui fait le plus mal* ».

La patiente garde un intérêt envers l'hypnose comme approche complémentaire, dans le but de soulager partiellement les symptômes algiques : « *ce n'est pas un miracle non plus* ». Elle dit également savoir que l'hypnose est utilisée également dans d'autres contextes, notamment le traitement de la dépression. Elle envisage l'utilisation de l'hypnose et/ou de l'auto-hypnose « *en combinaison avec d'autres éléments* », justement pour limiter la prise de médicaments comme les opioïdes. Elle évoque cependant que l'hypnose est plus facile à pratiquer avec un thérapeute, ce qui montre l'importance pour elle du lien thérapeutique, et que l'auto-hypnose n'est pas praticable dans toutes les situations : cela dépend pour elle du moral entre autres. En conclusion, cette patiente nous informe qu'elle a apprécié et a été soulagée par l'expérience de l'hypnose qui permet « *d'emmener le patient dans des choses très positives qui réjouissent* » et de « *rester dans un élément apprécié ou un souvenir qui nous fait du bien* ».

Il est important de relever que, pour cette patiente, il y a eu un délai augmenté entre la fin des séances d'hypnose et le 2<sup>ème</sup> entretien couplé avec le bloc facettaire (4 semaines) par rapport au délai prévu initialement, ce qui implique dans ce cas un moins bon enchaînement des procédures du protocole.

Les entretiens nous permettent de comprendre que l'effet antalgique de l'hypnose (et plus spécifiquement de l'auto-hypnose) est, pour cette patiente, surtout présent sur le moment de la séance, mais qu'il s'estompe relativement rapidement après celle-ci. Cet effet antalgique est également relevé par l'hypnothérapeute. Ce soulagement est décrit comme partiel et n'est pas toujours atteint, l'intensité de la douleur, son côté diffus et un moral bas étant décrits comme des obstacles au bon déroulement de l'auto-hypnose.

Cette patiente présente des attentes assez importantes pour les deux traitements, y compris une réduction de la consommation d'opiacés, mais également des doutes/craintes concernant chacune des approches thérapeutiques en fonction de ses représentations subjectives et antécédents de traitement. En effet, elle mentionne un risque d'amnésie, une variabilité de réceptivité et un risque de manipulation pour l'hypnose, un antécédent d'importantes douleurs post-infiltration et des douleurs péjorées par la physiothérapie.

Nous relevons chez cette patiente un effet antalgique temporaire, malgré le fait que l'hypnose est décrite comme une expérience très agréable par les images et souvenirs positifs évoqués. Nous pourrions faire l'hypothèse qu'une des raisons pour laquelle l'effet antalgique des deux traitements est si temporaire réside dans le fait qu'il ne répond pas complètement aux attentes/angoisses de la patiente et à ses représentations : elle relève en plus l'impuissance des médecins à comprendre l'origine de ses douleurs et de ses lâchages de jambe. Nous retrouvons ce scepticisme – ainsi que possiblement une certaine angoisse - dans le manque (attendu) de résultat du bloc facettaire, malgré le fait que l'hypnose est décrite comme une expérience positive. Un autre point important est la

différence ressentie entre les expériences d'hypnose et d'autohypnose : malgré le fait que les deux sont décrites comme positives, la patiente exprime une préférence pour la première. Nous pouvons interpréter cela comme l'expression du besoin du rôle thérapeutique associé au lien soignant-malade.

### 7.2.2 Patiente N°2

Cette patiente évoque, elle aussi, une certaine curiosité vis-à-vis de l'hypnose : elle pense que les « émissions télévisées sont peu fiables » à propos d'une hypnose-spectacle et elle se « pose la question de comment atteindre un état de conscience intermédiaire et comment cela permet d'avoir une telle efficacité qu'il est possible d'utiliser l'hypnose comme technique d'anesthésie en chirurgie ». Elle évoque aussi une certaine curiosité par rapport à ce qui va se passer pendant la séance et comment elle va se dérouler, sans montrer véritablement d'appréhension. La patiente a d'ailleurs l'impression que l'hypnose en milieu hospitalier est plus sérieuse qu'en milieu privé. Elle dit être pour l'instant peu convaincue par le bloc facettaire, mais dit vouloir se « laisser surprendre » par cette étude. Lorsqu'il est posé la question des approches médicamenteuses contre la douleur, la patiente évoque une certaine déception et un découragement envers ces traitements « car, en cas d'effets secondaires, [elle a] souvent été confrontée à des médecins sceptiques qui pensaient que ce n'étaient pas les médicaments qui causaient ces symptômes. [Elle] ne comprend pas que l'on ne puisse pas prendre en compte cela ». Concernant les approches complémentaires, la patiente relate profiter régulièrement de massages qui, même s'ils sont douloureux sur le moment, permettent une légère amélioration des douleurs et du sommeil pendant un à deux jours.

Lors du 3<sup>ème</sup> entretien, elle dit avoir ressenti une importante fatigue après les séances, décrite comme sensation « finalement plutôt positive » car elle l'aurait « aidé à [...] récupérer [son] manque de sommeil », problème fréquemment présent en cas de lombalgies. L'hypnose comme traitement antalgique n'a pas été efficace selon la patiente qui affirme cependant ne pas être déçue car, grâce à cette approche, elle a ressenti une amélioration du sommeil, mais « pas autant que [son] idée initiale » (sommeil plus profond), cet effet « perdurant dans le temps ». La patiente affirme avoir apprécié les séances, sachant qu'elle a « de la peine avec le lâcher-prise ». Son avis reste relativement mitigé : elle serait prête à utiliser l'hypnose et/ou l'auto-hypnose en complément, « mais sans tout miser dessus. Le résultat actuel est peu convaincant, mais je pourrais possiblement l'utiliser pour le sommeil, pour m'aider à faire la part des choses et pour m'isoler par rapport aux douleurs ». Elle décrit également une difficulté à entrer en transe hypnotique à cause des douleurs dont elle a de la peine à se détacher. Au final, elle relate que 4 séances d'hypnose sont insuffisantes pour améliorer les résultats. Il serait plus utile, selon elle, de faire l'infiltration « avant les séances d'hypnose, afin de calmer les douleurs et de mieux aider le patient à décrocher pour les séances d'hypnose, par exemple juste avant la première séance d'hypnose ».

Le bloc facettaire a permis une légère amélioration de la douleur pendant environ 2 semaines et demi, mais au moment de l'entretien, le niveau de douleur est revenu à l'état initial du début de l'étude, avec en plus des effets secondaires rapportés par la patiente sous forme de plaques rouges survenant de manière intermittente sur le visage depuis l'intervention.

Quant à l'absence d'effet antalgique de l'hypnose, on peut se questionner si elle pourrait être partiellement expliquée par les craintes avouées par la patiente face à cette approche. En effet, les représentations que la patiente a de l'hypnose (avant et après notre protocole) sont clivées et polarisées entre notamment d'un côté une hypnose pratiquée pour le spectacle ou en privé, et donc peu fiable, et de l'autre une hypnose hospitalière plus sérieuse, promettant des effets surprenants (anesthésie chirurgicale par l'hypnose). Notons également qu'elle avait très peu d'idée sur la manière avec laquelle les séances allaient se dérouler. Au-delà des craintes de la patiente, les séances ont

permis une amélioration du sommeil qui est décrit comme plus profond et plus reposant. La patiente décrit une « *sensation de fatigue* » après les séances, élément que nous pouvons assimiler à un effet thérapeutique face à sa difficulté pour le « *lâcher-prise* ». Cette amélioration du sommeil perdure dans le temps. Malgré cet effet modeste, la patiente conserve un certain espoir quant à l'aide que l'hypnose peut apporter pour le sommeil, mais également pour aider à s'isoler des douleurs et à « *faire la part des choses* ». Elle est donc capable de se projeter dans une perspective de contrôle de la douleur.

### 7.2.3 Patient N°3

Ce patient voit l'hypnose comme un « *moment d'inconscience et d'insensibilité où tout sera indolore* », sans pouvoir dire « *si cela sera pérenne ou temporaire* », mais également comme un « *endormissement progressif par la parole du thérapeute* ». Il ne ressent cependant pas de peur, mais se dit plutôt confiant et enthousiaste. Jusqu'à ce qu'il voie des émissions sur l'hypnose et se renseigne, il pensait qu'il s'agissait d'un « *traitement de charlatan* », mais depuis, il pense que cela « *peut être positif, même s'il y a une partie irrationnelle* ». A propos du bloc facettaire, il est « *un peu sceptique* » car il avait déjà eu une infiltration ailleurs qui était « *peu concluante, mais [il] garde un certain espoir car la prochaine infiltration sera plus ciblée* ». Il dit ne presque plus prendre de médicaments et « *n'aime pas en avoir beaucoup et devoir les changer régulièrement* ». Ce patient a également eu recours à d'autres approches complémentaires, notamment la physiothérapie qui « *aide bien contre les douleurs, mais surtout grâce à l'aspect de musculation* ». Il a également suivi un traitement de médecine traditionnelle camerounaise (son pays d'origine) avec des composantes entre autres mystiques et de prière : alors que cette pratique était « *plutôt décevante sur le moment, [il] pense que le fait de ne pas être au Cameroun et d'être éloigné de [ses] traditions et rituels explique une partie des douleurs. C'est un peu comme [s'il] ne respectait pas certaines obligations liées à [son] peuple* ».

Lors du 3<sup>ème</sup> entretien, il dit ne pas avoir ressenti d'effet indésirable suite à l'hypnose. Ces séances ont permis un soulagement temporaire de la douleur qui cependant reste présente, comme avec l'auto-hypnose qu'il dit pratiquer de temps en temps. Cette pratique a permis un changement dans sa conception de l'hypnose qu'il voit maintenant moins complexe et mystique et plus « *faisable, accessible et réelle* ». Se considérant comme « *quelqu'un de désespéré* », il s'accroche, croit et s'investit « *sans limite* » dans ce qui peut l'aider à soulager ses douleurs, et se dit donc prêt à envisager l'hypnose et/ou l'auto-hypnose comme composantes de prise en charge. De manière générale, il pense qu'avoir « *plus de séances d'hypnose serait bénéfique* » pour améliorer d'avantage la situation.

Malgré d'une part une certaine réserve, moins prononcée que dans les cas précédents (pour l'hypnose un certain côté irrationnel qui est peu compris et pour le bloc facettaire un antécédent d'infiltration sans grande efficacité) et, d'autre part, des attentes relativement élevées, nous nous retrouvons face à un patient qui a globalement confiance et qui est ouvert aux deux approches.

Il mentionne que, subjectivement, l'hypnose est efficace pour gérer ses douleurs pendant la séance d'hypnose et d'auto-hypnose. Les raisons de cette efficacité ne sont pas faciles à déceler, mais nous constatons un probable lien avec une certaine ouverture d'esprit aux approches proposées. D'un autre côté, celle-ci est en quelque sorte rendue « *obligatoire* » par le fait que – comme il l'explique très bien lui-même – il souffre depuis si longtemps qu'il est extrêmement déterminé à trouver des alternatives au traitement médicamenteux. Cette ouverture d'esprit pourrait possiblement être liée au niveau d'éducation plus élevé de ce patient (études universitaires) par rapport aux deux autres patientes dont les études ont été plus courtes. En plus de cela, nous dénotons une certaine confiance en ces pratiques, et non pas une crainte de l'échec : le patient affirme, alors même que l'effet

bénéfique ressenti reste imparfait, vouloir persister et exploiter au maximum les méthodes qu'on lui offre pour aller mieux, ce qui dénote un véritable « empowerment » de ce patient dans sa motivation à changer sa situation clinique.

Il est également intéressant d'observer, comme chez ce patient, qu'il est possible d'intégrer un certain dualisme entre un côté factuel pragmatique et une dimension spirituelle, voire mystique, au travers de son attachement aux croyances et traditions camerounaises. Nous retrouvons cette « dichotomie » dans l'hypnose qui comporte, selon lui, un aspect très réel et concret qu'il a pu découvrir avec les séances, mais également une part irrationnelle résiduelle. Cette efficacité thérapeutique de l'hypnose peut être alors comprise comme un soulagement, mais aussi au travers de la capacité du patient à être réceptif et accessible à autrui, à se situer entre d'un côté une dimension concrète et pragmatique correspondant à une certaine nécessité de contrôle, et de l'autre une composante irrationnelle et donc « incontrôlable ». Cette dualité serait en jeu dans l'hypnose et constitue également une condition essentielle de la relation humaine.

#### 7.2.4 Analyse inter-patient

Dans ce chapitre, nous chercherons, sur la base de l'analyse qualitative faite individuellement pour chaque patient, à formuler des hypothèses dont le but est de tenter d'expliquer la réponse thérapeutique, tout en tenant compte des différents facteurs individuels.

En premier lieu, nous allons évoquer plusieurs facteurs que nous identifions comme possibles prédicteurs de la réponse thérapeutique à l'hypnose et, par extension, à la combinaison des deux traitements.

Nous remarquons que deux patients sur trois rapportent une efficacité antalgique et anxiolytique de l'hypnose au moment et quelque temps après la séance, mais tous les patients rapportent au minimum un effet bénéfique après les séances d'hypnose, cet effet étant variable entre les patients (amélioration de l'humeur, amélioration du sommeil, meilleur degré d'indépendance, etc.). Au final, les deux patientes conservent un avis mitigé, alors que le dernier se dit plus convaincu par l'hypnose. Ceci pourrait être expliqué par le fait que ce dernier a développé une meilleure stratégie d'autonomisation et de prise de pouvoir sur la gestion de sa santé : malgré un effet partiel, il persiste à vouloir exploiter cette approche. D'un autre côté, les deux patientes sont plus ambivalentes et se trouvent plus dans une optique de « peur de l'échec thérapeutique », ce qui les prédispose en quelque sorte à celui-ci.

Un autre aspect retrouvé chez tous les patients est un clivage plus ou moins marqué autour de l'hypnose, notamment une opposition entre l'hypnose de spectacle ou à but manipulateur et l'hypnose thérapeutique, l'hypnose en privé ou en milieu hospitalier. Cependant, chez les deux patientes, cette dualité oppose constamment des éléments négatifs à des éléments positifs, alors que cette opposition est bien moins claire chez le patient N°3. En effet, celui-ci distingue l'efficacité scientifique d'une composante irrationnelle qui fait penser à la pratique de rituels chamaniques à laquelle il se relie indirectement en mentionnant les rites traditionnels camerounais (son pays d'origine) dont il s'est éloigné. Dans ce sens, nous pouvons valider l'interprétation fine évoquée par le patient que cet éloignement pourrait expliquer, toujours selon lui, une partie de ses douleurs. Ainsi, nous pouvons faire l'hypothèse que, via ces deux composantes bien intégrées, l'efficacité de l'hypnose est perçue comme meilleure chez ce patient, alors qu'elle est moindre lorsque le clivage est plus marqué, comme dans le cas des autres patientes.

Globalement, il ressort dans notre étude que l'effet antalgique est au moins partiellement reproductible à domicile via l'auto-hypnose, mais que sa pratique nécessite de bonnes conditions,

notamment un endroit calme, un espace et un temps suffisants, des douleurs qui restent modérées et plutôt localisées, ainsi qu'un moral suffisamment bon pour permettre une certaine motivation à sa pratique.

Concernant le bloc facettaire, celui-ci est connu pour avoir une efficacité encore discutée (2,25), malgré sa pratique qui est recommandée dans plusieurs centres. Nos trois patients présentent au début de l'étude des attentes mitigées vis-à-vis de cette approche, notamment à cause d'antécédents d'infiltration sans grande efficacité ou avec une péjoration des douleurs. L'effet thérapeutique déclaré par la patiente N°2 est toutefois concordant avec celui observé dans la littérature, à savoir une réduction temporaire de la douleur. Chez les deux autres patients, l'évaluation de l'efficacité du bloc facettaire n'a été donnée qu'au travers des données quantitatives, sans commentaire supplémentaire de leur part.

Les patients inclus dans l'étude n'ont pas décrit d'effet indésirable des séances d'hypnose, hormis une fatigue qui s'est finalement révélée bénéfique puisqu'elle a permis une amélioration qualitative du sommeil. Cet effet pourrait alors être entre autre compris à la lumière de la prévalence importante des troubles du sommeil chez les patients avec des lombalgies ou des douleurs chroniques en général (24,26,27).

### **7.3 Analyse globale**

Dans le chapitre 7.2, les données recueillies via les questions ouvertes des entretiens ont été analysées individuellement pour chaque patient, puis globalement. Afin de rendre cette analyse encore plus complète, nous tenterons d'y intégrer les données quantitatives obtenues lors des entretiens. Toutefois et au vu du nombre particulièrement restreint de patients, il est évident qu'il s'agira uniquement de générer une réflexion sur les éléments qualitatifs que peuvent apporter de telles données, et ce d'autant plus que ces valeurs numériques sont, au moment de l'entretien, souvent commentées par le patient, sans pour autant qu'un espace y soit dédié. Il n'y aura donc aucune tentative de démonstration statistique.

La 1<sup>ère</sup> patiente souffre de douleurs très diffuses dans le corps, avec des lombalgies chroniques sévères dont l'intensité n'a pratiquement pas été influencée par l'un ou l'autre des traitements au moment où les données ont été recueillies. Les scores d'interférence restent élevés et stables chez cette patiente (y compris pour l'humeur), alors même que dans les résultats concernant l'amélioration permise par l'hypnose, elle décrit une amélioration modérée du moral (3/5), ce qui témoigne d'une certaine discrédance entre ces deux évaluations, discrédance qui fait écho à l'ambivalence ressentie vis-à-vis des traitements. Par ailleurs, nous n'observons pas d'amélioration du caractère neuropathique ni du score d'anxiété et une très légère amélioration du score de dépression (passage de 9/21 à 7/21).

Une déception globale peut être perçue chez cette patiente qui avait des attentes relativement importantes vis-à-vis des différents traitements (5/10), mais avec, au final, aucune efficacité antalgique du bloc facettaire (0/10), une efficacité antalgique modérée de l'hypnose (4/10) et une efficacité globale faible (2/10). Ces évaluations subjectives sont donc bien concordantes avec les dires de la patiente concernant l'effet antalgique momentané permis par l'hypnose.

Notre 2<sup>ème</sup> patiente souffre également de lombalgies chroniques, avec en plus des douleurs rachidiennes hautes, avec des caractéristiques neuropathiques très présentes et une intensité particulièrement élevée à l'échelle numérique (intensité moyenne variant entre 9/10 et 10/10). Les scores d'interférence sont pour la plupart stables, avec une amélioration de 1 point pour le sommeil et l'activité générale et une amélioration de 2 points pour l'humeur, amélioration qui n'est que

temporaire, avec lors du 3<sup>ème</sup> entretien un retour à 9/10. Le score HADS s'est péjoré dans ses 2 composantes. Les attentes de la patiente sont modérément élevées pour l'hypnose (5/10), mais nulles pour le bloc facettaire, alors qu'elle pense que dans la population générale, cette procédure peut tout de même avoir une certaine efficacité antalgique (2/10). Au final, nous retrouvons une certaine déception puisque l'effet antalgique est évalué à 0/10 pour l'hypnose, à 1/10 pour le bloc facettaire et à 1/10 pour la combinaison. Sur le plan fonctionnel, les attentes sont modérées à importantes, très importantes pour le sommeil (5/5), mais avec au final également une déception : aucun effet dans tous les cas, sauf à 2/5 pour le moral et le sommeil, ce qui reste très minime.

Nous constatons donc une importante déception de cette patiente au niveau des résultats quantitatifs puisqu'il y a principalement une péjoration du HADS et une stabilité du déficit, avec de rares bénéfiques, mais sans pour autant que la patiente incrimine le protocole effectué comme la cause de la péjoration de l'humeur. Ceci est en concordance avec les éléments qualitatifs relevés et étudiés précédemment, avec globalement peu d'effets bénéfiques, mais sans que la patiente explicite clairement le protocole comme étant la cause, entre autres, de la péjoration de l'humeur.

Le 3<sup>ème</sup> patient souffre depuis 5-10 ans de lombalgies chroniques irradiant dans une jambe, à caractère neuropathique, avec également des omalgies chroniques. L'intensité des douleurs reste élevée et l'intensité moyenne est décrite comme inchangée. Les scores d'interférence sont presque tous en légère amélioration (1 à 2 points), hormis la capacité à marcher qui s'est légèrement péjorée. Le score HADS est globalement stable, avec une péjoration du score d'anxiété et une amélioration du score de dépression. Il s'agit du seul patient où les différentes attentes sur l'effet antalgique des 2 procédures sont globalement remplies, puisque le résultat est évalué comme identique, voire supérieur aux attentes. Les objectifs sont également atteints au niveau fonctionnel, sauf en ce qui concerne la capacité à faire du sport qui n'a pas du tout été améliorée par l'hypnose. Par contre, le patient décrit être satisfait dans sa capacité à devenir plus indépendant du praticien grâce à l'hypnose (évaluée à 4/5) quant à la gestion de sa douleur. Nous remarquons toutefois que l'efficacité subjective pour l'effet antalgique est bien meilleure chez ce patient et que ses attentes ont été comblées, ce qui n'était pas le cas des deux patientes. Cependant, l'effet antalgique n'a pas persisté suffisamment pour permettre une amélioration visible du score numérique de douleur. Ceci est à nouveau concordant avec les éléments relevés dans l'analyse qualitative, à savoir une satisfaction globale quant à la nouvelle capacité de gestion de la douleur apportée par l'hypnose et l'auto-hypnose, mais sans clair effet antalgique persistant à long terme.

Après présentation de ces trois cas, il est clair que nous sommes en présence de situations complexes et de cas qui ne sont pas représentatifs de situations de patients souffrant de lombalgies chroniques simples : il s'agit en effet de douleurs sévères à très sévères, avec de nombreuses caractéristiques neuropathiques, ce qui rend le traitement encore plus complexe. (9) Globalement, la combinaison étudiée dans ce protocole n'a pas amélioré l'intensité de la douleur moyenne, la variation maximale étant de 1 point. Par contre, nous notons qu'une amélioration est possible pour les différents scores d'interférence, et que cette amélioration est notamment présente si le patient a des attentes par rapport à celui-ci.

Notant une tendance à l'augmentation du score de l'anxiété du HADS chez tous les participants, nous formulons comme hypothèse une certaine recrudescence anxieuse liée à une certaine déception par rapport aux traitements dont l'effet se révèle être, dans pratiquement tous les cas, très modéré.

Finalement, nous pouvons observer une discrédance entre les données quantitatives qui ne mettent pas en évidence d'importante amélioration et les données qualitatives recueillies qui révèlent mieux les bénéfiques partiels ressentis par les différents patients. Ceci démontre, selon nous, l'importance d'une évaluation qualitative dans ce type d'étude et avec ce type de procédure thérapeutique.



## 7.4 Critique de la méthodologie et du protocole

Afin de terminer cette discussion et de remplir notre dernier objectif, nous allons, sur la base des questions subjectives posées aux patients et des discussions informelles au sein de l'équipe impliquée dans cette étude pilote, mettre en place une critique de la méthodologie et du protocole employés, avec diverses suggestions d'amélioration dans l'optique d'une étude à plus large échelle.

Tout d'abord, il est nécessaire de relever que nous n'avons pas utilisé de méthode formelle pour recueillir les différents commentaires lors des discussions concernant l'organisation et la gestion de cette étude, ce qui implique un biais concernant ce chapitre, mais également et dans une moindre mesure les chapitres 7.2 et 7.3. Afin de le limiter au mieux, chacun a été rendu attentif à l'importance de communiquer par écrit les commentaires et éléments les plus importants. De plus, la relecture de cette analyse à la fois par le co-tuteur et la tutrice de l'étudiant permettent l'ajout de points de vue enrichissant la réflexion et la critique de cette étude, avec au final une réduction de ce biais.

Comme premier élément, il a été relevé chez tous les patients une connaissance incomplète de ce qu'est l'hypnose thérapeutique (contenu, déroulement, différences avec l'hypnose de spectacle, etc.) et de représentations sociales et croyances sur l'hypnose. Il pourrait dès lors être possiblement bénéfique d'ajouter au document d'information des éléments explicatifs supplémentaires, de transmettre des sources où se renseigner ou d'y associer un entretien explicatif. Cependant, nous pensons que l'élément le plus important reste d'explorer, au début du protocole, les représentations et attentes des patients vis-à-vis de l'hypnose, celles-ci étant possiblement en lien, comme expliqué dans les chapitres 7.2 et 7.3, avec l'effet thérapeutique. Cette investigation serait d'autant plus importante dans la prise en charge générale des lombalgies chroniques, afin cette fois de déterminer l'approche thérapeutique la plus adaptée à chaque patient.

Lors des entretiens, deux patients sur trois suggèrent une augmentation du nombre de séances d'hypnose pour permettre de mieux en acquérir les bases, et donc en augmenter l'efficacité. Cela nous confirme indirectement le fait que l'hypnose apporte un effet positif chez ces patients puisqu'ils désirent acquérir le moyen d'accentuer cet effet via un plus long apprentissage. Cela pourrait permettre de renforcer certaines connaissances et aptitudes, et donc à long terme une pérennisation et une accentuation des effets bénéfiques, mais sans toutefois qu'il soit possible à l'heure actuelle de déterminer un nombre précis de séances à intégrer dans le protocole. Cette proposition devrait donc être étudiée avec prudence au vu des ressources humaines, temporelles et financières qu'impliquent les séances d'hypnose chez un collectif plus important de patients.

Une autre proposition faite, cette fois à une seule reprise par une patiente, est celle d'invertir le bloc factaire et les séances d'hypnose, avec comme hypothèse que la diminution de la douleur permise par l'intervention (si tant est qu'elle soit efficace pour le patient) facilite l'induction et l'entrée en transe, donc un meilleur apprentissage et possiblement une meilleure efficacité de l'hypnose, et ce d'autant plus si les douleurs initiales comprennent des caractéristiques rendant l'hypnose plus difficile à pratiquer (douleurs intenses, diffuses, etc.).

Un élément qui nous semble important est de type organisationnel : en effet, lors de la préparation du protocole, une durée d'un mois semblait amplement suffisant pour le recrutement de 5 à 8 patients. Or, en pratique, seuls 3 patients éligibles sur 8 ont été intégrés dans l'étude (cf chapitre 6.1), ce qui n'a pas permis d'atteindre la taille d'échantillon désirée. Nous avons donc été rendus attentifs au fait que, dans une population de patients ambulatoires d'un Centre tertiaire avec souvent plusieurs comorbidités, la prudence était de rigueur lorsqu'il s'agissait d'estimer un taux de participation à partir de la population éligible. De plus, une durée de recrutement plus grande aurait dû être prévue, et ce à cause des facteurs suivants :

- **Communications nombreuses** : entre les médecins du Centre, le secrétariat, l'investigateur et le co-investigateur ;
- **Etude de dossier** : pour les médecins du Centre dans leur population de patients, afin de déterminer lesquels pourraient être inclus ;
- **Communication variable avec le patient** : difficultés fréquemment rencontrées afin de joindre les patients par téléphone ;
- **Temps de réflexion** : entre la transmission des documents d'information et la prise du premier rendez-vous avec le 1<sup>er</sup> entretien et la 1<sup>ère</sup> séance d'hypnose, ce temps variant entre quelques jours à plusieurs semaines.

Finalement, nous proposons différents changements concernant la récolte de données, en particulier concernant le questionnaire et son contenu :

- **Recueil de données immédiatement après les séances d'hypnose** : dans notre cas, l'hypnothérapeute a recueilli de manière informelle des données sur le ressenti des patients au moment des séances d'hypnose, ce qui a permis une comparaison avec ce qui a été ensuite dit dans la partie ouverte des entretiens. De plus, au vu de l'effet antalgique de courte durée relevé par deux patients sur trois, nous suggérons un espace formalisé immédiatement après une ou plusieurs séances d'hypnose permettant le recueil de données quantitatives et qualitatives. Ceci permettrait de mieux évaluer l'état dans lequel se trouve le patient par rapport à une évaluation rétrospective, plus imprécise. Ce recueil ne pourra cependant pas être effectué par l'hypnothérapeute pour éviter un biais de conflit d'intérêts.
- **Ordre des questions** : il est problématique de commencer par les questions avec données quantitatives car les patients transmettent de nombreuses informations utiles en commentant leurs choix, ce qui implique un biais puisque de nombreuses informations ne sont pas répétées lors des questions ouvertes. Nous proposons donc de commencer par les questions ouvertes afin de recueillir un maximum d'informations, puis de poursuivre avec les informations quantitatives qui, de plus, seront plus faciles à recueillir étant donné que les patients auront déjà mis en place une réflexion sur l'efficacité des différents traitements. Nous supposons qu'il sera alors plus facile pour eux de répondre aux diverses questions « numériques ».
- **Intensité de la douleur** : nous avons remarqué que les patients avaient de la peine à évaluer l'intensité de la douleur étant donné que celle-ci les accompagne constamment. Nous nous posons donc la question, afin d'alléger le questionnaire, de n'évaluer que l'intensité moyenne de la douleur, sans forcément les intensités maximale et minimale.
- **Questionnaire HADS** : ce questionnaire n'a pas été évalué lors du 2<sup>ème</sup> entretien, mais nous pensons qu'il pourrait néanmoins avoir une certaine utilité à ce moment de l'étude afin d'isoler un possible effet spécifique de l'hypnose sur l'anxiété et la dépression.
- **Attentes et améliorations fonctionnelles permises par l'hypnose** : elles sont difficiles à évaluer pour les patients, notamment car l'échelle utilisée change (évaluation entre 1/5 et 5/5 au lieu de celle utilisée dans les autres questions de 0/10 à 10/10).
- **Questions ouvertes** : même si les patients sont globalement satisfaits de pouvoir s'exprimer de manière plus libre dans ce type de questions, il serait possiblement bénéfique de prévoir des questions de relance plus standardisées afin d'enrichir les réponses des patients et, lorsque cela est nécessaire, de permettre d'aborder les différents sous-sujets importants de chaque question.

## 8. Conclusion

Ce travail a permis de mettre en évidence la faisabilité d'une telle étude dans le Centre et d'émettre plusieurs hypothèses concernant l'efficacité de l'hypnose et de sa combinaison avec le bloc facettaire dans la prise en charge des lombalgies chroniques. Bien qu'aucun résultat statistiquement significatif n'ait pu être obtenu, il semble toutefois que l'hypnose agisse principalement, dans les cas de lombalgies chroniques sévères, à court terme essentiellement, cette efficacité variant en fonction des attentes et représentations du patient. L'effet à long terme reste plus restreint et, entre autres, sans amélioration de l'intensité douloureuse.

En conclusion, il nous semble que l'hypnose est une approche extrêmement intéressante permettant – toujours en complément avec d'autres traitements antalgiques - une meilleure gestion des douleurs lombaires chroniques et des douleurs chroniques en général, mais qu'il reste nécessaire d'étudier plus en détail les effets de l'hypnose également à plus court terme et chez une cohorte de patients plus représentative de la population des patients avec lombalgies chroniques.

## 9. Conflit d'intérêts

Cette étude a été intégralement financée par le Centre d'antalgie du CHUV.

## 10. Remerciements

Je tiens à remercier les différents membres de cette étude pilote m'ayant apporté leur soutien à différentes étapes de celle-ci. Merci au Prof. Eric Bonvin pour son soutien, ses conseils et son enthousiasme ; à la Pre Isabelle Décosterd pour son tutorat ; au Dr Carlo Delli-Noci pour le temps investi et les nombreuses discussions et réflexions qui ont apporté une profondeur supplémentaire à ma réflexion ; au Dr Marc Suter qui a permis la réalisation de cette étude grâce à ses qualités d'investigateur principal ; à la Dre Chantal Berna-Renella pour sa disponibilité lors des débuts de cette étude ; à Mme Maryse Davadant pour son aide au design initial de l'étude ; à la Dre Emmanuelle Scala avec qui la collaboration a été très agréable et dont les conseils ont été précieux et à M. Nicolas Fournier pour son aide et sa compréhension des statistiques.

Finalement, il me tient tout particulièrement à cœur de remercier ceux qui m'ont apporté une aide plus ponctuelle dans la réalisation de ce travail, qui m'ont soutenu durant ses phases plus pénibles et qui m'ont encouragé à toujours rechercher les aspects positifs d'une telle recherche, à savoir Mme Marie Feihl pour son humour vif et son aide précieuse à la correction, Mme Olaya Barreiros Perez pour son aide et ses précieux conseils, et enfin Mme Nadia Salhi, Mme Olivia Corda et M. Antoine Bruge pour leur soutien inconditionnel.

## **11. Annexes**

Sont disponibles, en annexe de ce travail, les documents suivants :

1. Protocole ;
2. Feuille d'information et formulaire de consentement remis aux patients ;
3. Questionnaire ;
4. Résultats complets reportés dans le CRF.

## 12. Références

1. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*. 1979 Jun;6(3):249.
2. Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. *The Lancet*. 2011 Jun;377(9784):2226–35.
3. De Goumoens P, Genevay S, Tessitore E, Zaarour M, Duff JM, Faundez A, et al. Consensus interdisciplinaire CHUV-HUG sur la prise en charge des douleurs du dos. Son application lausannoise dans la filière du dos. *Rev Médicale Suisse*. 2014;10(428):970–3.
4. Office fédéral de la statistique OFS. Enquête suisse sur la santé 2012. 2013.
5. Webster LR, Markman J. Medical Management of Chronic Low Back Pain: Efficacy and Outcomes. *Neuromodulation Technol Neural Interface*. 2014 Oct 1;17:18–23.
6. IASP Subcommittee on Taxonomy, Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain* 3(Suppl):S1-S226, 1986.
7. Juniper M, Le TK, Mladi D. The epidemiology, economic burden, and pharmacological treatment of chronic low back pain in France, Germany, Italy, Spain and the UK: a literature-based review. *Expert Opin Pharmacother*. 2009 Nov 1;10(16):2581–92.
8. Johannes CB, Le TK, Zhou X, Johnston JA, Dworkin RH. The Prevalence of Chronic Pain in United States Adults: Results of an Internet-Based Survey. *J Pain*. 2010 Nov 1;11(11):1230–9.
9. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *PAIN*. 2008 juin;136(3):380–7.
10. Chou R, Huffman LH, American Pain Society, American College of Physicians. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med*. 2007 Oct 2;147(7):492–504.
11. Gérard Salem EB. Soigner par l'hypnose. 4ème édition. Masson - Paris; 2007.
12. Jensen MP. Hypnosis for chronic pain management: a new hope. *Pain*. 2009 Dec;146(3):235–7.
13. Yargholi E, Nasrabadi AM. Recurrence quantification analysis of electroencephalograph signals during standard tasks of Waterloo-Stanford group scale of hypnotic susceptibility. *J Med Eng Technol*. 2014 Nov 4;39(1):26–34.
14. Dillworth T, Jensen MP. The Role of Suggestions in Hypnosis for Chronic Pain: A Review of the Literature. *Open Pain J*. 2010;3(1):39–51.
15. Gruzelier J. A working model of the neurophysiology of hypnosis: A review of evidence. *Contemp Hypn*. 1998;15(1):3–21.
16. Jensen MP, Patterson DR. Control Conditions in Hypnotic-analgesia Clinical Trials: *Challenges and Recommendations*. *Int J Clin Exp Hypn*. 2005 Apr;53(2):170–97.

17. M.D MK, M.A BB. Misuse of Hypnosis: A Factor in Psychopathology. *Am J Clin Hypn.* 1984 avril;26(4):283–90.
18. Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Weaver DF, Houlden RL. Morphine, gabapentin, or their combination for neuropathic pain. *N Engl J Med.* 2005 Mar 31;352(13):1324–34.
19. Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Jackson AC, Houlden RL. Nortriptyline and gabapentin, alone and in combination for neuropathic pain: a double-blind, randomised controlled crossover trial. *Lancet Lond Engl.* 2009 Oct 10;374(9697):1252–61.
20. Zaringhalam J, Manaheji H, Rastqar A, Zaringhalam M. Reduction of chronic non-specific low back pain: A randomised controlled clinical trial on acupuncture and baclofen. *Chin Med.* 2010 Apr 24;5:15.
21. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore.* 1994 Mar;23(2):129–38.
22. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4): *Pain.* 2005 Mar;114(1):29–36.
23. Turk DC, Dworkin RH, Trudeau JJ, Benson C, Biondi DM, Katz NP, et al. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients With Acute Low Back Pain. *J Pain.* 2015 Oct 1;16(10):1012–21.
24. Marty M, Rozenberg S, Duplan B, Thomas P, Duquesnoy B, Allaert F. Quality of sleep in patients with chronic low back pain: a case-control study. *Eur Spine J.* 2008 Jun;17(6):839–44.
25. Manchikanti L, Kaye AD, Boswell MV, Bakshi S, Gharibo CG, Grami V, et al. A Systematic Review and Best Evidence Synthesis of the Effectiveness of Therapeutic Facet Joint Interventions in Managing Chronic Spinal Pain. *Pain Physician.* 2015 Aug;18(4):E535–82.
26. Alsaadi SM, McAuley JH, Hush JM, Maher CG. Prevalence of sleep disturbance in patients with low back pain. *Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc.* 2011 May;20(5):737–43.
27. Marin R, Cyhan T, Miklos W. Sleep disturbance in patients with chronic low back pain. *Am J Phys Med Rehabil Assoc Acad Physiatr.* 2006 May;85(5):430–5.