

**Institut Limousin de FOrmation
aux Métiers de la Réadaptation
Masso-Kinésithérapie**

HYPNOSE ET ENDOMETRIOSE

Intérêt de l'hypnose dans la prise en soins masso-kinésithérapique des douleurs pelviennes chroniques liées à l'endométriose.

Mémoire présenté et soutenu par
Margaux FROUIN

En juin 2024



Mémoire dirigé par
Audrey MAUGIS
Masseur-Kinésithérapeute Diplômée d'Etat

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement ma directrice de mémoire, Audrey MAUGIS, pour ses précieux conseils, sa réactivité et sa disponibilité constante tout au long de la réalisation de ce travail. Son expertise et sa bienveillance m'ont été d'une grande aide. Sa bonne humeur communicative et son savoir-faire en pelvi-périnéologie auront marqué mes années d'étude.

Je remercie les membres de l'équipe pédagogique de l'ILFOMER qui nous ont accompagnés pendant nos quatre années de formation. Je remercie tout particulièrement Nicolas ANDRIEUX pour son investissement, et Charles MORIZIO pour son engagement et sa volonté de nous apporter la meilleure qualité d'enseignement pour notre dernière année.

J'adresse également mes remerciements à toutes les participantes de cette étude, qui par leur expérience, ont guidé mes réflexions sur le sujet.

J'ai une pensée pour tous mes camarades de promo, les « K4 fantômes ». Je suis déjà nostalgique de ces quatre années passées tous ensemble. A quand une autre petite rando « en chaussons » ? Et merci plus particulièrement au Mat, au Yaz et à Emma, vous avez rendu ces années encore plus spéciales. Nos befores à la coloc me manquent déjà !

Merci également à toutes les belles rencontres que j'ai eu la chance de faire pendant ces quatre années, vous vous reconnaîtrez. J'espère vous compter parmi mes amis encore longtemps.

Mes remerciements vont également à mes amis de Nantes. Merci Tristan, Maël, Erwan, Aymeric et Steven pour tous nos fous rires. Vous comptez beaucoup pour moi. Merci également à ma grande amie Clo, d'être toujours là. Ton parcours me rend très fière de toi.

Je remercie mon duo de la CLIKE, Anaïs. Notre année de mandat a fait de ma troisième année, ma meilleure année en kiné. J'espère nous voir un jour porter toutes les deux du bleu ciel !

Aly et Lulu, loin des yeux près du cœur. Merci pour tous ces moments mémorables passés ensemble à « Limoges city ». Notre année de concours a presque été « faciille » à vos côtés.

Je tiens également à remercier Loulou. Notre voyage à la Réunion restera l'un des meilleurs souvenirs de mes années en kiné. Merci pour toutes ces qualités qui font ce que tu es.

Je ne peux évidemment pas terminer ces remerciements sans vous citer :

Mon binôme inséparable, Paups. Je suis infiniment reconnaissante de t'avoir rencontré. Le concours STAPS kiné, les absoluts, la BU droit, les 800 mètres de l'enfer, la rentrée en K1, le covid, puis notre coloc, le début des befores, la K2, nos premiers IKE, le gâteau aux pommes « super moelleux », notre stage à la Réunion, la K3, Paris, la CLIKE et tous les Limoubains, nos séances de sport, le retour à la BU STAPS, des festivals, la K4, le dernier WEI, tous nos fous rires, la roue libre, Mamma mia, le clinicat, encore les IKE, notre prépa T24, et... le mémoire (notre table de salon s'en souviendra je crois) ! Merci pour tous ces souvenirs et les nombreux autres à venir. Notre amitié m'est très précieuse.

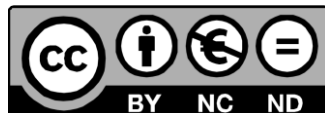
Enfin, un énorme merci à Deydey, Titi et Paps & Mams. Les mots ne seront jamais assez grands pour vous exprimer ma gratitude. Merci pour votre écoute, votre patience et votre soutien sans faille depuis toujours. Mams, un merci tout particulier pour ces heures de relecture. J'espère vous voir débarquer un jour tous ensemble à Limoges city, vous verrez, ce n'est pas si terrible que ça ahah !

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je soussignée Margaux FROUIN

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformée.**

**Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne
pourra être cité sans respect des principes de cette charte.**

Fait à Limoges, Le 08/05/2024

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized initials 'MF' followed by a long horizontal stroke and a small dot at the end.

Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Masseur-Kinésithérapeute

Session de juin 2024

Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée Margaux FROUIN

Etudiante de 4ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : 08 Mai 2024

Signature de l'étudiante

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized initials 'MF' with a horizontal line extending to the left and a vertical line extending downwards from the 'F'.

Glossaire

- **AINS** : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
- **AT** : Alliance Thérapeutique
- **BDMK** : Bilan Diagnostic Masso-Kinésithérapique
- **CNGOF** : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- **DN4** : Douleur Neuropathique 4
- **DU** : Diplôme Universitaire
- **EFM** : Evaluation de la Force Musculaire
- **EHP-30** : Endometriosis Health Profile-30
- **EIRPP** : Ecole Internationale de Rééducation du Plancher Pelvien
- **ENS** : Echelle Numérique Subjective
- **EVA** : Echelle Visuelle Analogique
- **FSFI** : Female Sexual Function Index
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **IPPP** : Institut de Pelvi-Périnéologie à Paris
- **IFH** : Institut Français d'Hypnose
- **IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique
- **JFK** : Journées Francophones de Kinésithérapie
- **MK** : Masseur(s)-Kinésithérapeute(s)
- **PES** : Prise En Soins
- **TDM6** : Test de Marche de 6 Minutes

Table des matières

INTRODUCTION.....	11
CADRE THEORIQUE	12
1. L'endométriose	12
1.1. Généralités.....	12
1.2. Particularités de la douleur dans l'endométriose.....	17
1.3. Bilan diagnostique	20
1.4. Prise en soins.....	21
2. La masso-kinésithérapie dans le traitement de l'endométriose	24
2.1. Bilan diagnostique masso-kinésithérapique	24
2.2. Méthodes de rééducation en masso-kinésithérapie	28
2.3. Modèle bio-psycho-social	30
3. L'hypnose comme outil complémentaire dans la prise en soins de l'endométriose	31
3.1. Hypnose médicale.....	31
3.2. Intégration de l'hypnose dans la pratique kinésithérapique.....	35
PROBLEMATISATION	37
1. Synthèse.....	37
2. Problématisation	37
3. A priori	38
MATERIEL ET METHODE.....	39
1. Choix de la méthodologie de recherche	39
2. Déroulement chronologique de l'étude.....	40
3. Choix de la population cible	41
3.1. Critères d'éligibilité	41
3.2. Recrutement des participants	42
3.3. Saturation des réponses.....	43
4. Entretiens semi-directifs.....	43
4.1. Contexte de réalisation	43
4.2. Aspect éthique et réglementaire	44
4.3. Posture adoptée lors des entretiens	44
4.4. Matériel et organisation	45
4.5. Elaboration du guide de l'entretien	45
4.6. Pré-tests.....	48
5. Traitement des données	48
5.1. Retranscription des entretiens	48
5.2. Analyse thématique	49
RESULTATS.....	50
1. Echantillon final et déroulement des entretiens	50
2. Saturation des réponses	51
3. Présentation des enquêtés et résumé des entretiens.....	51
4. Contenu des entretiens	54
4.1. Parcours professionnel des participants	54
4.2. Prise en soins des patientes atteintes d'endométriose	58
4.3. Intégration de l'hypnose en séance masso-kinésithérapique	60
DISCUSSION.....	74

1. Réponse à la problématique	74
2. Représentativité de l'échantillon et degré de généralisation des résultats	78
3. Limites et biais de l'étude	78
4. Intérêt clinique et perspectives	79
CONCLUSION	82
BIBLIOGRAPHIE	83
ANNEXES	90

Table des illustrations

Figure 1 : Sites d'implantation possibles des lésions endométriales	12
Figure 2 : Territoires sensitifs du périnée.....	26
Figure 3 : Déroulement chronologique de l'étude	40
Figure 4 : Diagramme de flux du recrutement de nos participants	50

Table des tableaux

Tableau 1 : Autres symptômes cliniques de l'endométriose.....	16
Tableau 2 : Techniques masso-kinésithérapiques utilisées dans la PES de l'endométriose .	28
Tableau 3 : Guide d'entretien	46
Tableau 4 : Présentation des enquêtés	52
Tableau 5 : Unités de signification concernant l'année du diplôme et le type d'activité pratiquée par les participantes	54
Tableau 6 : Unités de signification concernant les formations suivies en pelvi-périnéologie .	55
Tableau 7 : Unités de signification concernant les formations suivies en hypnose.....	56
Tableau 8 : Unités de signification justifiant les raisons des participantes à s'être formées ..	57
Tableau 9 : Unités de signification concernant l'évolution de la PES de l'endométriose.....	58
Tableau 10 : Unités de signification concernant les douleurs chroniques dans l'endométriose	58
Tableau 11 : Unités de signification concernant l'importance de l'approche bio-psycho-sociale dans la PES de l'endométriose.....	59
Tableau 12 : Unités de signification concernant les croyances des patientes sur l'hypnose .	60
Tableau 13 : Unités de signification concernant la présentation de l'hypnose aux patientes.	61
Tableau 14 : Unités de signification concernant la déconstruction des croyances des patientes sur l'hypnose	62
Tableau 15 : Unités de signification concernant l'adaptation de l'hypnose aux besoins de chaque patiente.....	62
Tableau 16 : Unités de signification concernant les réactions des patientes suite à l'utilisation de l'hypnose	63
Tableau 17 : Unités de signification concernant le profil « type » de patientes endométriosiques réceptives à l'hypnose	64
Tableau 18 : Unités de signification concernant l'hypnose conversationnelle	65
Tableau 19 : Unités de signification concernant l'hypnose formelle	66
Tableau 20 : Unités de signification concernant les exercices pratiqués en hypnose formelle	67
Tableau 21 : Unités de signification concernant l'autohypnose	68
Tableau 22 : Unités de signification concernant l'efficacité de l'hypnose dans la gestion des douleurs chroniques d'endométriose en MK.....	70
Tableau 23 : Unités de signification concernant l'amélioration des facteurs psychosociaux chez les patientes grâce à l'hypnose.....	71
Tableau 24 : Unités de signification concernant la facilitation des actes masso-kinésithérapiques auprès des patientes endométriosiques grâce à l'hypnose	72
Tableau 25 : Unités de signification concernant le renforcement de l'AT grâce à l'hypnose..	73

INTRODUCTION

L'endométriose est une pathologie touchant de nombreuses femmes en France et dans le monde, et reste encore mal diagnostiquée malgré ses nombreuses répercussions. Au cours d'un stage en périnéologie, j'ai eu l'opportunité de rencontrer et d'accompagner plusieurs patientes souffrant d'endométriose. J'ai ainsi pu constater la complexité de cette pathologie ainsi que les difficultés de prise en soins (PES). Il m'importait donc de mettre en avant ces femmes, souvent incomprises et insuffisamment écoutées, et de me concentrer plus spécifiquement sur leur symptôme majeur : les douleurs pelviennes chroniques.

En effet, les masseurs-kinésithérapeutes (MK), en tant que professionnels de santé, sont régulièrement sollicités pour soulager les douleurs des patients. Les douleurs constituent l'une des premières raisons de consultation, que ce soit en cabinet libéral ou en établissement de santé. Lorsqu'elles deviennent persistantes, elles entraînent une chronicité qui affecte grandement la qualité de vie. Trouver le traitement antalgique le plus efficace et le mieux adapté à chaque patient devient alors un véritable défi.

Par conséquent, je me suis intéressée aux outils thérapeutiques existants visant à lutter contre la douleur. Dans cette optique, l'hypnose a retenu mon attention et éveillé ma curiosité. J'ai en effet assisté, lors d'un stage en cabinet libéral, à une séance d'hypnose médicale avec une patiente souffrant de cervicalgies. Les résultats obtenus m'ont surpris et ont suscité des questions : l'hypnose pourrait-elle présenter des bénéfices dans le traitement des douleurs chroniques associées à l'endométriose ? J'ai donc jugé pertinent de m'intéresser aux techniques d'utilisation, aux principes et aux mécanismes d'action de l'hypnose.

Je considère primordial de prendre en compte la globalité du patient dans son traitement : l'approche bio-psycho-sociale dans le soin est essentielle. Au cours de mes stages, j'ai également réalisé l'importance de la relation thérapeutique. Une relation de soin efficace repose sur la confiance, la collaboration, l'égalité et la participation des deux parties. Ainsi, la communication apparaît comme un élément fondamental pour aider au mieux les patients.

L'intégration de l'hypnose dans la PES masso-kinésithérapique des femmes souffrant de douleurs chroniques liées à l'endométriose me semble donc être un sujet particulièrement intéressant et pertinent. Dans la pratique masso-kinésithérapique, l'hypnose reste marginale et sa reconnaissance officielle peine à se concrétiser. C'est pourquoi j'ai souhaité interroger plusieurs MK formés et pratiquant l'hypnose auprès de patientes souffrant d'endométriose, afin de recueillir leurs expériences professionnelles, leurs connaissances et leurs avis. Ceci dans le but d'étudier les enjeux de l'intégration de l'hypnose dans la PES masso-kinésithérapique des douleurs pelviennes chroniques liées à l'endométriose.

CADRE THEORIQUE

1. L'endométriose

1.1. Généralités

1.1.1. Définition

L'endométriose est une pathologie inflammatoire chronique œstrogène-dépendante et évolutive qui touche la femme en âge de procréer [1].

Histologiquement, elle se caractérise par la présence ectopique de glandes ou de stroma endométrial en dehors de la cavité utérine [2]. Trois formes anatomo-cliniques, souvent associées entre elles, sont à distinguer :

- **Endométriose superficielle ou péritonéale ou digestive** : les lésions endométriales sont implantées sur la surface du péritoine [3].
- **Endométriose ovarienne ou kyste endométriosique** est défini par la présence d'un ou de plusieurs kystes endométriosiques d'origine extra-ovarienne [3].
- **Endométriose profonde ou sous-péritonéale ou pelvienne** : les lésions endométriales sont situées plus en profondeur, sous le péritoine. Elles s'infiltrent dans l'espace rétropéritonéal et atteignent la musculature des organes abdomino-pelviens (comme les ligaments utérosacrés, le cul-de-sac vaginal postérieur, la vessie, le rectum, les uretères, le tube digestif voire même la coupole diaphragmatique et la plèvre) [1,3].

S'y ajoute enfin l'**adénomyose**, aussi appelée endométriose « interne », caractérisée par la présence de stroma endométrial seulement dans le myomètre utérin. Malgré le fait qu'elles partagent certaines caractéristiques physiopathologiques, l'endométriose et l'adénomyose sont deux pathologies différentes. Toutefois, elles peuvent fréquemment être associées [1].

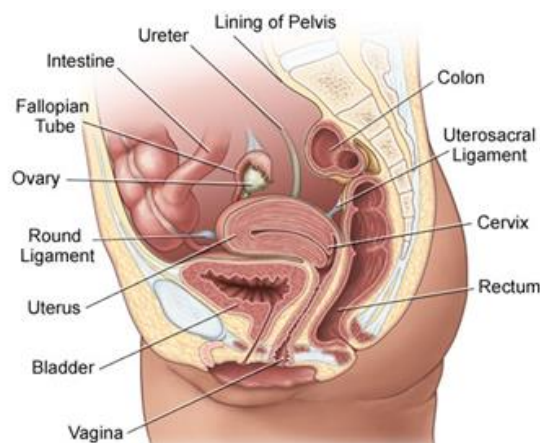


Figure 1 : Sites d'implantation possibles des lésions endométriales

L'endométriose peut aussi être classée selon 4 stades en fonction de son degré de sévérité. A ce jour, la classification la plus utilisée et la plus acceptée est celle proposée par l'American Society Reproductive Medicine (ASRM) [4]. Cette dernière établit un score (allant de 1 à 40) en évaluant le nombre et la taille des lésions, la présence ou non d'adhérences ainsi que l'implication ou non des ovaires et/ou du péritoine :

- Stade I : endométriose minime (score 1 – 5)
- Stade II : endométriose légère (score 6 – 15)
- Stade III : endométriose modérée (score 16 – 40)
- Stade IV : endométriose sévère (score > 40)

Cependant, il est important de noter que ces stades ne sont pas corrélés avec la sévérité des douleurs décrites par les patientes [4].

La sévérité de la pathologie peut également être évaluée à partir de l'observation des lésions lors de la coelioscopie diagnostique (localisation, superficie, profondeur des sites d'implantation des îlots endométriosiques) [5].

1.1.2. Santé Publique

L'endométriose est une pathologie fréquente touchant 10% des femmes en âge de procréer [5,6]. Toutefois sa prévalence exacte dans la population générale est difficile à estimer : aucun dépistage de la pathologie n'existe et une partie des patientes est asymptomatique.

Par ailleurs, du fait de la variabilité de ses symptômes et de sa complexité clinique, le diagnostic de l'endométriose est en moyenne posé après un délai de sept ans [8]. Cette errance diagnostique couplée à une prévalence élevée, fait ainsi de l'endométriose un véritable enjeu de santé publique.

En 2015, deux amendements visant à inscrire l'endométriose dans le texte du projet de loi de Santé publique ont été rejetés. Deux ans plus tard, la Haute Autorité de Santé (HAS) a édité ses premières recommandations de bonne pratique en faveur de la PES de l'endométriose [5]. Ainsi en 2017, la première campagne nationale d'information et de sensibilisation à l'endométriose a été lancée par l'association Info-Endométriose¹.

1.1.3. Physiopathologie

Plusieurs théories ont été émises afin d'expliquer l'origine de la croissance ectopique du tissu endométrial. Bien que certaines soient plus acceptées que d'autres par la communauté

¹ <https://www.info-endometriose.fr/annonces-gouvernementales>

scientifique, aucune d'entre elles n'est parvenue à expliciter toutes les formes cliniques de la maladie.

L'hypothèse physiopathologique la plus probante est fondée sur la **théorie de la menstruation rétrograde** initialement développée par Sampson en 1927. Elle se définit par le reflux de cellules endométriales viables de la cavité utérine vers les trompes de Fallope au moment des menstruations. Ces cellules sont déversées dans la cavité péritonéale, s'implantent aux différentes structures pelviennes, prolifèrent et forment alors des lésions endométriosiques. Toutefois, cette théorie est remise en cause, car elle ne permet pas de justifier l'apparition de la pathologie chez les hommes et chez les adolescentes encore non réglées. Aussi, toutes les femmes présentant des menstruations rétrogrades ne sont pas atteintes d'endométriose. Ceci suggère l'existence d'autres étiologies de la pathologie [9].

La **théorie de Meyer ou métaplasie cœlomique**, suggérée en 1919, énonce que l'endométriose provient du processus de métaplasie de l'épithélium cœlomique. Autrement dit, les cellules indifférenciées de la cavité péritonéale auraient un potentiel de différenciation en cellules endométriales. Cette théorie permettrait alors d'expliquer les rares cas d'endométriose chez l'homme ou chez les filles prépubères [9].

1.1.4. Facteurs de risque

L'endométriose est une pathologie multifactorielle résultant d'une intrication complexe entre des prédispositions génétiques, des facteurs liés aux menstruations et des facteurs environnementaux.

Il semble exister un risque plus conséquent de développer la maladie pour les femmes présentant un antécédent familial d'endométriose (sœur, mère) : l'hérédité de cette pathologie est en effet estimée à 51% [10]. Une étude menée par Simpson et al. [11] rapportait un risque multiplié par six pour les sœurs de patientes atteintes.

De plus, les femmes ayant une ménarche précoce, des menstruations abondantes et irrégulières [12] et des cycles courts [13] seraient plus sujettes à développer une endométriose.

Pour finir, l'environnement pourrait aussi jouer un rôle dans le développement de la maladie. Une méta-analyse datant de 2013 démontre une association entre une consommation modérée d'alcool et le risque d'endométriose [14]. Tandis que l'activité physique régulière serait plutôt un facteur protecteur contre la maladie [9]. D'autre part, le risque d'endométriose est inversement associé à la multiparité [15].

1.1.5. Symptomatologie

De nombreux signes cliniques sont à relever dans l'endométriose : leur nature et leur intensité sont très variables selon les patientes. Toutefois, il est important de noter que l'endométriose est considérée comme maladie uniquement lorsque les douleurs et/ou l'infertilité y sont associées. La présence de lésions endométriales n'est en effet pas systématiquement à l'origine de symptômes : certaines patientes ayant une endométriose importante sont asymptomatiques [2].

L'endométriose symptomatique est associée le plus fréquemment à une **infertilité** et à une **triade d'algies pelviennes chroniques** : les dyspareunies profondes, les dysménorrhées intenses et les douleurs pelvi-périnéales chroniques non cycliques [16].

1.1.5.1. Infertilité

L'infertilité est un trouble retrouvé chez 40% des femmes diagnostiquées. Ceci s'expliquerait par la formation d'adhérences rendant la nidation impossible au sein de l'utérus, par les altérations hormonales ainsi que par les facteurs locaux inflammatoires qui perturbent l'intégrité des spermatozoïdes [8].

1.1.5.2. Dyspareunies profondes

La dyspareunie est un terme médical utilisé pour décrire « l'ensemble des douleurs génitales persistantes ou récurrentes associées à un rapport sexuel » et d'origine multifactorielle (biologique, psychosociale, ...) [17]. Elles affectent plus de la moitié des femmes atteintes d'endométriose [18] et peuvent être classées en fonction de leur fréquence, leur localisation et leur mode d'apparition.

On parle de dyspareunies superficielles (dite d'insertion) lorsque les douleurs sont décrites au niveau de l'orifice vaginal et/ou de la vulve [18]. Ce type de dyspareunie ne sera pas développé davantage ici. Les dyspareunies profondes sont quant à elles des douleurs abdomino-pelviennes localisées au niveau du fond vaginal et/ou de la région basse du pelvis. Elles se déclenchent lors d'une pénétration vaginale profonde [19] et peuvent être signe d'une endométriose infiltrante touchant les ligaments utérosacrés, le cul-de-sac de Douglas et le cul-de-sac vaginal postérieur [1,17].

1.1.5.3. Dysménorrhées intenses

La dysménorrhée se caractérise par la présence de crampes douloureuses supra-pubiennes pouvant irradier dans la région lombaire, l'abdomen ou le haut des cuisses. Les douleurs surviennent avant ou après le début des menstruations et sont souvent accompagnées de nausées et/ou de vomissements, de diarrhées ou encore de céphalées pouvant durer de

quelques heures à plusieurs jours [21]. Les dysménorrhées concernent près de 80% des femmes en âge de procréer. Elles sont dites intenses lorsqu'elles sont évaluées par une intensité de huit ou plus à l'échelle numérique subjective (ENS) : les patientes décrivent des « douleurs en coup de poignard » [22].

Il est important de différencier une dysménorrhée secondaire à une pathologie pelvienne d'une dysménorrhée primaire (douleur survenant uniquement lors du cycle menstruel) [19].

Il existe une corrélation entre « la présence de dysménorrhées intenses et d'endométriose » [3]. En effet, une revue d'études ayant exploré par coelioscopie des adolescentes souffrant de dysménorrhées, a conclu à la présence de lésions endométriales dans 70% des cas [23]. Ces douleurs représentent le symptôme algique le plus précoce de l'endométriose profonde et évoquent généralement une atteinte du septum recto-vaginal [24].

1.1.5.4. Douleurs pelvi-périnéales chroniques non cycliques

Les douleurs pelvi-périnéales chroniques se définissent comme des douleurs intermittentes ou constantes au niveau du pelvis et/ou du périnée depuis au moins six mois [7]. Elle ne se produisent pas uniquement lors des menstruations ou d'un rapport sexuel, et sont non associées à la grossesse. Ce sont des douleurs sévères, ne pouvant être atténuées par des antalgiques classiques, et responsables d'une altération de la qualité de vie des patientes. Elles sont retrouvées chez 75% des patientes endométriosiques [23].

1.1.5.5. Autres symptômes

D'autres symptômes cliniques plus spécifiques à la localisation anatomique des lésions endométriosiques existent. Ils sont répertoriés dans le tableau ci-dessous (Tableau 1).

Tableau 1 : Autres symptômes cliniques de l'endométriose

<p>Troubles urinaires</p>	<p>Dysurie, pollakiurie, hématurie, urgenturie, douleur lors du remplissage vésical, pendant ou après la miction.</p> <p>Ces signes fonctionnels urinaires témoignent d'une endométriose profonde affectant la vessie et/ou les uretères [3].</p>
<p>Troubles digestifs</p>	<p>Constipation, dyschésie, douleur à la défécation à recrudescence cataméniale, rectorragie, diarrhée.</p> <p>Ces signes fonctionnels digestifs attestent d'une endométriose profonde touchant le système digestif et/ou la paroi postérieure du vagin [19,22].</p>

Troubles myofasciaux	Douleur pelvienne myofasciale (déclenchée par des « trigger points ») [19,23].
Troubles respiratoires	Pneumothorax cataménial, hémithorax, hémoptysie. Ces signes fonctionnels respiratoires sont rares et évoquent la présence de lésions endométriales au niveau du diaphragme, de la plèvre, du parenchyme pulmonaire ou des voies aériennes [6].
Troubles rachidiens	Sacralgie, curalgie, lombalgie cataméniale [7].
Troubles de la sensibilité	Hyperalgésie, allodynie, vulvodynie, migraine [3].

1.2. Particularités de la douleur dans l'endométriose

1.2.1. Généralités sur la douleur

La douleur est un mécanisme de survie permettant de protéger l'organisme de toute atteinte lésionnelle [27]. En 2020, l'International Association for the Study of Pain (IASP) a défini la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle » [28]. Cette définition met en avant la dimension plurifactorielle, subjective et complexe de la douleur.

Trois grands types de douleur sont à retenir selon leurs mécanismes physiopathologiques :

- La douleur est dite **nociceptive** lors d'une atteinte réelle d'un tissu non neural. Elle correspond à une stimulation des nocicepteurs provoquant un excès d'influx douloureux à travers le système nerveux. Ce type de douleur répond aux AINS et aux opioïdes [29].
- La douleur est **neuropathique** lorsqu'elle est provoquée par une pathologie ou une lésion du système nerveux somatosensoriel. Le message douloureux n'est alors plus correctement transmis et des perturbations nerveuses apparaissent (hyperalgésie, allodynie, ...). Ces douleurs sont soulagées par des traitements pharmacologiques spécifiques (antidépresseurs, antiépileptiques) [27].
- La douleur **nociplastique** est définie comme une douleur résultant d'un dysfonctionnement de la nociception, malgré l'absence de lésion ou de menace de lésion tissulaire causant l'activation des nocicepteurs périphériques ou de maladie du système nerveux [29].

La douleur est également à différencier selon sa temporalité : elle peut être **aigüe** ou **chronique**. La douleur chronique est définie par une douleur persistante ou récidivante évoluant depuis plus de trois mois et qui n'est pas expliquée par une pathologie sous-jacente [28]. Les mécanismes de la douleur chronique sont multifactoriels : le patient a pu subir une atteinte lésionnelle qui s'est rétabli avec le temps, mais un dysfonctionnement neurophysiologique associé à des facteurs psycho-sociaux peuvent marquer l'entrée dans la chronicité [30].

1.2.1.1. Douleur multifactorielle

Les mécanismes impliqués dans l'apparition des douleurs d'endométriose sont multiples, complexes et s'entrelacent au cours du temps. Ils sont à la fois inflammatoires, infiltratifs et neurologiques [1].

On retrouve d'abord une origine nociceptive : les microhémorragies menstruelles provenant de chaque foyers ectopiques d'endométriose provoquent une **inflammation locale** importante [3]. On observe alors une augmentation de la sécrétion de facteurs pro-inflammatoires (macrophages, lymphocytes, prostaglandines) et une libération accrue de facteurs de croissance et de cytokines [7].

Lorsqu'elle se répète, l'inflammation génère du tissu cicatriciel et des **adhérences fibreuses** [19]. Le collagène est synthétisé en excès par les fibrocytes surstimulés par le phénomène inflammatoire, et forme des adhérences pouvant atteindre des proportions pathologiques. Ces adhérences altèrent la fonction et la mobilité des tissus et des organes avoisinants. Or lorsqu'un tissu élastique (muscles, tendons ou encore ligaments) devient immobile, ce dernier se rétracte et devient douloureux [7].

S'ajoute ensuite une **hyperalgie locale**, c'est-à-dire une « sensibilité locale douloureuse anormalement élevée ». Les cellules endométriosiques infiltrent les fibres nerveuses [7]. La densité des fibres nerveuses au niveau du péritoine, de l'endomètre et du myomètre utérin est d'ailleurs plus importante chez les patientes présentant une endométriose [31]. Les médiateurs inflammatoires entraînent également le développement anormalement élevé de terminaisons nerveuses. Ainsi, l'innervation locale est irritée et majorée, et provoque une altération de la nociception : la sensation douloureuse transmise devient excessive. Les douleurs sont neuropathiques.

Enfin, il se produit un phénomène d'**hypersensibilisation** [32,33]. La transmission intense et persistante des influx nerveux douloureux au niveau du cortex cérébral conduit à une hyperexcitabilité des neurones nocicepteurs médullaires. Cette dérégulation neurophysiologique est à l'origine d'une baisse des seuils de sensibilité douloureuse et permet d'expliquer l'importance des douleurs ressenties associées aux troubles fonctionnels décrits.

Elle peut même être à l'origine d'une persistance des douleurs malgré une élimination des lésions par intervention chirurgicale [19] : les douleurs deviennent nociplastiques. La notion de chronicité entre alors en jeu.

1.2.1.2. Douleur chronique

Le retentissement psychologique de la douleur et la fatigue accumulée sur le long terme contribuent à renforcer le phénomène d'hypersensibilisation centrale. La pathologie s'inscrit alors dans le cadre des syndromes douloureux chroniques.

Martin et al. ont montré que les femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques étaient prédisposées à un niveau important de **catastrophisme**. Il s'agit d'une réponse cognitivo-affective négative excessive en réponse à une douleur potentielle ou réelle. Cette dernière repose sur trois composantes : l'amplification de la douleur (exagération de la gravité et de la menace douloureuse), la rumination (hypervigilance et focalisation sur la douleur et ses conséquences) et les sentiments d'impuissance et de pessimisme (le patient s'estime incapable de faire face à la douleur) [36].

Les douleurs d'endométriose sont aussi associées à une majoration de l'**anxiété**, de la vulnérabilité au stress, de la dépression et des troubles de l'humeur [34]. Ces derniers sont d'ailleurs renforcés lorsque le délai diagnostique a été long et éprouvant. Ils sont à la fois une conséquence de la douleur chronique, mais aussi une cause de l'hypersensibilisation de la douleur [35].

1.2.2. Evaluation de la douleur

1.2.2.1. Evaluation quantitative de l'intensité douloureuse

Une revue systématique, regroupant 258 études, s'est intéressée aux différentes échelles de la douleur utilisées lors de l'évaluation des symptômes douloureux chez les patientes atteintes d'endométriose. L'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle numérique subjective (ENS) sont les deux méthodes les plus adaptées pour mesurer la douleur chez les patientes endométriosiques. Elles sont utilisées pour évaluer l'intensité de tous les types de douleurs liées à l'endométriose (dysménorrhées, dyspareunies profondes, douleurs pelvi-périnéales chroniques acycliques, ...) et pour mesurer l'efficacité antalgique d'un traitement [36].

1.2.2.2. Evaluation des douleurs neuropathiques

La composante neuropathique d'une douleur est systématiquement recherchée avec l'aide du Questionnaire Douleur Neuropathique 4 (DN4). Il s'agit d'un outil d'aide au diagnostic : la patiente répond à quatre questions représentant dix items à cocher. Lorsque le score est supérieur ou égal à 4/10, alors la douleur neuropathique est probable [32].

1.2.3. Retentissement sur la qualité de vie

Une étude menée en 2018 a constaté que l'endométriose impactait grandement la qualité de vie des patientes d'un point de vue physique, social et psychologique [37,38]. Les femmes rapportent des **troubles du sommeil** (les douleurs engendrent des insomnies). De plus, les douleurs chroniques sont responsables de souffrance et d'incapacité puisqu'elles sont contraignantes au quotidien. Quant aux dysménorrhées intenses, elles engendrent un **absentéisme** scolaire ou professionnel (pouvant conduire jusqu'à la perte d'emploi). Les résultats statistiquement significatifs de l'étude menée par Fritzer et al. [38] ont montré que les dyspareunies causaient une altération de la fonction sexuelle, une dégradation des relations conjugales et du bien-être psychologique des patientes (culpabilité, colère, perte de confiance en soi...). Cette dégradation de la qualité de vie devient un **cercle vicieux**, alimentant la perception douloureuse et renforçant le processus de chronicisation des symptômes.

La qualité de vie des patientes atteintes d'endométriose peut être évaluée grâce à des questionnaires comme l'Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30) (ou de sa version courte EHP-5) ou le Short Form 36 Health Survey (SF-36). Ces outils permettent de mesurer l'impact de la pathologie, de comparer des thérapeutiques, de comparer les traitements et d'en suivre l'efficacité [3].

1.3. Bilan diagnostic

1.3.1. Interrogatoire

Le diagnostic débute par un interrogatoire visant à recueillir les symptômes cliniques évocateurs d'endométriose (dysménorrhées intenses, dyspareunies, douleurs pelviennes acycliques). L'intensité et le retentissement (absentéisme notamment) de ces douleurs sont évalués. Une attention particulière est aussi portée à l'évaluation de la fertilité ainsi qu'à la recherche de symptômes localisateurs d'endométriose profonde (dyspareunies, troubles urinaires et digestifs fonctionnels à recrudescence cataméniale) [3]. Toutefois, l'interrogatoire est insuffisant, des examens cliniques et complémentaires doivent être réalisés pour confirmer ou infirmer le diagnostic [7].

1.3.2. Examen clinique

L'examen clinique gynécologique recherche la présence d'anomalies et/ou de zones douloureuses caractéristiques de la pathologie : lésions bleutées à l'examen du vagin au spéculum, douleurs décrites lors de la mise en tension des ligaments utérosacrés ou de la mobilisation utérine, palpation de nodules endométriosiques au niveau des ligaments utérosacrés ou du cul-de-sac de Douglas, sensations d'organes fixés lors du toucher vaginal. La valeur diagnostique de l'examen augmente grandement en période de règles [3].

L'examen pelvien peut aussi ne déceler aucun signe, n'excluant pas néanmoins le diagnostic d'endométriose, qui devra donc être complété par d'autres examens.

1.3.3. Examens complémentaires

Deux examens d'imagerie ont fait leur preuve quant à leur efficacité dans le diagnostic de l'endométriose pelvienne : l'échographie transvaginale et l'Imagerie à Résonance Magnétique (IRM) [5].

L'**échographie transvaginale** constitue l'examen complémentaire de première intention à la suite de l'interrogatoire et de l'examen gynécologique. Elle permet d'observer efficacement tous les organes du petit bassin (utérus, ovaires, trompes, vessie, uretères, rectum) et bénéficie d'une bonne spécificité et d'une bonne sensibilité. Elle permet toujours d'éliminer une endométriose à localisation ovarienne ou profonde [19].

L'**IRM pelvienne** est l'examen prescrit en deuxième intention. Elle a pour objectif de confirmer les éléments visualisés lors des examens précédents et d'évaluer plus spécifiquement la localisation et l'étendue des lésions endométriales [39].

Enfin, en cas de douleurs pelviennes résistantes à un traitement bien conduit ainsi que des examens complémentaires correctement réalisés négatifs, une **coelioscopie** (ou laparoscopie) pour confirmer le diagnostic d'endométriose peut-être envisagée [24]. Toutefois, l'examen coelioscopique peut s'avérer inutile s'il ne révèle aucune lésion caractéristique de la pathologie². Dans ce cas de diagnostic complexe, une alternative non invasive trouverait donc sa place : en cas de résultat négatif, elle éviterait les coelioscopies inutiles et amènerait à rechercher la présence d'autres pathologies en vue d'une PES adaptée.

1.3.4. Endotest

En 2022, la start-up française Ziwig a conçu un nouveau test médical destiné aux femmes âgées de 18 à 43 ans et présentant des symptômes évocateurs d'endométriose. Ce test innovant et non invasif analyse un échantillon de salive afin d'identifier avec précision la présence ou non de microARN caractéristiques de la pathologie [40].

1.4. Prise en soins

1.4.1. Traitements conventionnels

Selon les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français et de la HAS (CNGOF-HAS) de 2018, l'endométriose doit être prise en soins lorsqu'elle provoque un retentissement fonctionnel (infertilité et douleurs) ou lorsqu'elle cause une altération du fonctionnement d'un organe (troubles urinaires et digestifs notamment). En

² https://www.has-sante.fr/rapport_endotest

première intention, la PES est le plus souvent médicale : des traitements hormonaux sont proposés en association à des antalgiques. Si cette dernière n'est pas suffisante, le traitement chirurgical pourra être envisagé [24].

Toujours selon le CNGOF-HAS, le choix du traitement doit « prendre en compte les contre-indications, les effets indésirables potentiels, les traitements antérieurs et l'avis de la patiente ». Il doit être guidé selon l'histoire de la maladie, la sévérité des symptômes, l'âge ainsi que le souhait ou non de grossesse de la patiente [5].

Aussi, les principaux objectifs de ces traitements sont de diminuer la symptomatologie douloureuse, d'éliminer les lésions endométriales et de ralentir la progression de la pathologie. A ce jour, il n'existe aucune option assurant une guérison totale et définitive.

1.4.1.1. Traitements médicaux

Les **traitements antalgiques médicamenteux** sont proposés en première intention et visent à soulager les symptômes douloureux.

Peu de données ont démontré l'efficacité du paracétamol ou des opioïdes de palier deux et trois dans l'endométriose douloureuse [41]. Néanmoins, l'efficacité des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) a été prouvée dans le cas des dysménorrhées, mais leur prescription au long cours est à éviter en raison des risques importants d'effets secondaires gastriques et rénaux [5]. Quant aux douleurs neuropathiques, la mise en place d'un traitement spécifique par antidépresseurs ou antiépileptiques peut être considérée. La gabapentine et l'amitriptyline sont efficaces dans le traitement des douleurs pelviennes chroniques mais n'ont pas été étudiées spécifiquement dans le cadre de l'endométriose [7].

Les **traitements hormonaux** cherchent principalement à réduire le taux d'œstrogènes dans le sang de sorte à bloquer la prolifération et le saignement des lésions d'endométriose. Ainsi pour les patientes symptomatiques, plusieurs types de contraceptifs peuvent être prescrits :

- En première intention, la contraception oestroprogestative est envisagée. Sa prise continue permet de réduire la triade d'algies pelviennes [5].
- En deuxième intention, la HAS recommande une « contraception macroprogestative orale, l'implant progestatif à l'étonogestrel, les GnRHa en association à une add-back thérapie et le dienogest » [19].

Malheureusement, le traitement médical s'avère parfois inefficace. De plus, les traitements hormonaux ne peuvent pas être envisagés chez toutes les patientes (refus, effets secondaires importants, désir de grossesse). De ce fait, la seule alternative en cas de douleurs intractables est la chirurgie [7].

1.4.1.2. Traitements chirurgicaux

Le traitement chirurgical le plus souvent réalisé est la coelioscopie. S'agissant d'une intervention invasive et à risques, une concertation médico-chirurgicale et pluridisciplinaire est indispensable en amont : la balance bénéfices-risques est fortement analysée. Le traitement peut être conservateur (élimination des lésions d'endométriose par excision ou ablation au laser tout en préservant la fertilité) ou définitif (hystérectomie associée parfois à une annexectomie) [5].

Quant à son efficacité, la coelioscopie entraîne une réduction considérable des algies pelviennes et une nette amélioration de la qualité de vie [5]. Cependant, la diminution des douleurs est hétérogène et n'est pas constatée chez toutes les patientes opérées : 20 à 30% d'entre elles ne rapportent aucun soulagement algique après l'intervention. Aussi, le risque de récurrences de la maladie et d'exacerbations des symptômes est réel et fréquent : l'étude menée par Zanelotti et al. a en effet montré que 33% des femmes traitées avaient dû effectuer une nouvelle chirurgie dans les cinq ans, tandis que 51% avaient dû subir l'intervention plusieurs fois [42].

Les interventions médicales et chirurgicales ne parvenant pas toujours à une efficacité de traitement optimale, la HAS et le CNGOF recommandent de se tourner vers des thérapies complémentaires afin d'assurer une PES globale des composantes à la fois physiques et psychosociales de l'endométriose [5].

1.4.2. Traitements complémentaires

Les thérapies complémentaires regroupent un ensemble de pratiques, d'approches et de produits médicaux différents des thérapies médicales conventionnelles. Elles ont pour objectif d'apporter un bénéfice supplémentaire au patient, soit en complétant l'effet thérapeutique des traitements conventionnels ou soit en contrant les effets secondaires.

L'étude réalisée par Fisher et al. rapporte que les patientes endométriosiques sont davantage susceptibles d'avoir recours à ce genre de thérapies en comparaison à des femmes ne souffrant pas d'endométriose [43].

Parmi les thérapies complémentaires utilisées dans la PES de l'endométriose, on recense l'acupuncture, le yoga, l'ostéopathie ou encore la phytothérapie. La masso-kinésithérapie a également été mentionnée pour son efficacité dans le traitement des douleurs pelviennes causées par l'endométriose [43].

2. La masso-kinésithérapie dans le traitement de l'endométriose

2.1. Bilan diagnostic masso-kinésithérapique

Selon l'article 6 du décret n°96-879 datant de 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de MK : « le MK est habilité à effectuer les bilans kinésithérapiques et évaluations utiles à la réalisation des traitements³ ».

Le bilan diagnostic masso-kinésithérapique (BDMK) est obligatoire. Il permet d'évaluer les déficiences, les incapacités et le niveau d'handicap des patientes, et ainsi de déterminer les objectifs et les moyens thérapeutiques à mettre en œuvre. Le BDMK permet également au MK de suivre l'évolution des symptômes.

Dans le cas de la PES d'une femme atteinte d'endométriose, le MK se doit de tenir en considération sa situation psychosociale [34]. La pathologie entraînant également des douleurs au niveau de la sphère pelvi-périnéale intime, la verbalisation par la patiente de ses symptômes peut parfois s'avérer complexe. Tout au long de la PES, le MK doit donc adopter une attitude respectueuse et bienveillante ainsi qu'un vocabulaire clair.

2.1.1. Interrogatoire

L'interrogatoire est indispensable et permet au MK de recueillir l'ensemble des renseignements socio-administratifs de la patiente, de connaître ses antécédents médicaux et chirurgicaux (notamment une éventuelle coelioscopie diagnostique [24]) ainsi que ses traitements médicamenteux (prise d'AINS, d'antidépresseurs ou d'antiépileptiques , ... [5]). Il s'agit d'un échange durant lequel la patiente relate l'histoire de sa pathologie. Une relation de confiance s'instaure alors progressivement entre le thérapeute et la patiente.

Une évaluation approfondie et détaillée des douleurs de la patiente est également réalisée. Le MK interroge [7]:

- La localisation de sa douleur, qui peut être périnéale, pelvienne, abdominale, rachidienne, thoracique (la patiente peut désigner sur elle-même les zones douloureuses ou bien les mettre en évidence à partir d'un Bodychart) ...
- Les moments de survenue de sa douleur : lors des menstruations, à l'ovulation, lors des rapports sexuels, lors du remplissage et/ou de la vidange vésicale et rectale...
- Le type de douleur : s'agit-il de douleurs lancinantes « en coup de poignard », de sensations de brûlure, des fourmillements, d'allodynies...?
- La fréquence d'apparition (en dents de scie, par périodes ou en permanence).

³ <https://www.legifrance.gouv.fr>

- Les facteurs soulageant ou aggravant sa douleur (majoration lors des menstruations [23], après l'activité sexuelle).
- L'intensité douloureuse (recours aux échelles EVA et ENS) [36].

A la fin de l'interrogatoire, le MK est en mesure d'une part, d'évaluer les attentes et le degré de motivation de la patiente ; d'autre part, d'orienter son examen clinique en fonction des éléments relatés par la patiente.

2.1.2. Bilan cutané-trophique-vasculaire

Il n'existe que peu d'études dans la littérature mettant en évidence la présence de signes cliniques cutanés, trophiques ou vasculaires caractéristiques de la pathologie d'endométriose.

Toutefois, la revue systématique menée par Andres et al. en 2020 a mis en évidence la présence d'une masse palpable, pelvienne ou ombilicale, chez 99% des patientes atteintes d'endométriose extra-pelvienne pariétale. Le MK peut alors mesurer par périmétrie la masse observée de sorte à quantifier son évolution au cours du traitement [44].

Par ailleurs, le bilan cutané vise également à observer la présence de cicatrices post-chirurgicales (suite à une coelioscopie ou laparotomie notamment [5]) : le MK observe leur localisation, leur aspect (boursoufflée ou plutôt plate), leur coloration (blanche ou rougeâtre), leur consistance et leur étendue. Le rôle du MK sera de conserver la souplesse du tissu cutané et d'optimiser l'esthétisme des cicatrices.

2.1.3. Bilan articulaire

A ce jour, la littérature s'est très peu intéressée aux limitations d'amplitude articulaire pouvant affecter les patientes endométriosiques. Seule l'étude élaborée par Alvarez-Salvago et al. en 2020 a révélé, à partir du test de Schober, une diminution de la mobilité articulaire en flexion lombaire chez les femmes atteintes d'endométriose [45].

De plus, il peut être pertinent pour le MK d'évaluer l'ensemble de la mobilité du rachis, du bassin et des hanches (articulations coxo-fémorales). Les nombreuses adhérences provoquées par les lésions endométriales [19] au niveau abdominal peuvent en effet être responsables d'hypo-mobilités.

2.1.4. Bilan musculaire

Le bilan musculaire des patientes atteintes d'endométriose vise à rendre compte de leur condition physique et de la présence de déficits musculaires. L'étude d'Alvarez-Salvago et al. a quantifié la force musculaire isométrique des muscles rachidiens des femmes endométriosiques. Les résultats ont montré une baisse significative de la force rachidienne chez le groupe « endométriose » en comparaison au groupe « sans pathologie » [45].

L'évaluation de la force musculaire (EFM) des muscles rachidiens peut être également complétée par une EFM des muscles des régions les plus souvent impactées par l'endométriose, à savoir : les abdominaux (le transverse profond), les pelvitrochantériens, les muscles périnéaux (le releveur de l'anus) ou encore les adducteurs.

2.1.5. Bilan de la sensibilité

L'examen de la **sensibilité superficielle** vise à tester les différents dermatomes : des tests de sensibilité tels que le pique-touche peuvent ainsi être effectués. Les zones à privilégier sont déterminées en fonction des informations relatées par la patiente. Aken et al. ont révélé en 2018 une tolérance à la douleur significativement inférieure chez les patientes endométriosiques au niveau du dermatome L1 (correspondant au site majeur de l'endométriose) [46].

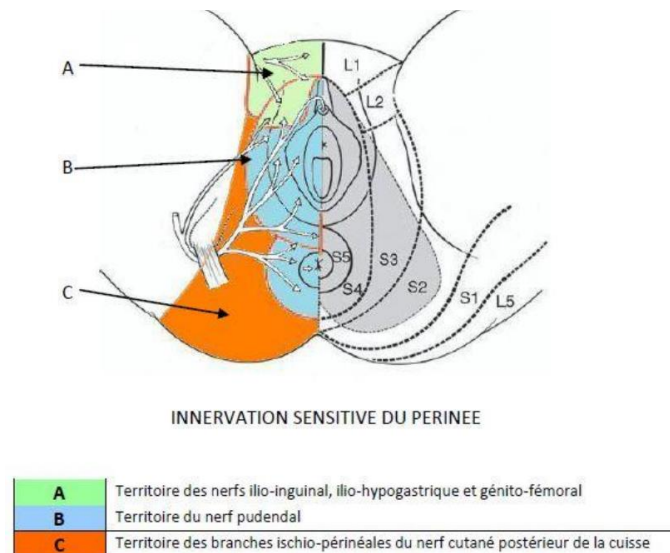


Figure 2 : Territoires sensitifs du périnée

En complément de cet examen, le MK peut aussi interroger la patiente, à partir du questionnaire DN4, sur la présence de douleurs neuropathiques du petit bassin notamment : pudendalgie, clunéalgie, sciatralgie, cruralgie, méralgie [32].

Quant à l'examen de la **sensibilité profonde**, Alvarez-Salvago et al. ont évalué l'équilibre des patientes endométriosiques à partir du test de Flamingo. L'étude a conclu à un équilibre moindre chez le groupe « endométriose » comparativement au groupe contrôle « sans pathologie » [45].

2.1.6. Bilan fonctionnel

Afin d'évaluer la qualité de vie et les conséquences de l'endométriose dans la vie quotidienne des patientes atteintes de la pathologie, le MK dispose d'un certain nombre de questionnaires.

Nombreuses patientes rapportent une altération conséquente de leur qualité de vie [35]. Ceci peut être mis en évidence par les résultats obtenus au questionnaire EHP-30 [3].

Alvarez-Salvago et al. ont également indiqué que le niveau de fatigue des patientes avec endométriose est significativement plus élevé que celui des femmes sans pathologie. Ces résultats sont issus de l'utilisation du Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) [45].

Par ailleurs, la douleur entraînant un certain niveau de fatigue, elle est indirectement responsable d'une inactivité physique [47]. De ce fait, il apparaît pertinent pour le MK de réaliser un test de marche de six minutes (TDM6) afin de déterminer la capacité fonctionnelle à l'exercice des patientes. Un éventuel déconditionnement à l'effort serait sûrement associé à une faiblesse musculaire et pourrait alors contribuer à renforcer les troubles anxiodépressifs.

2.1.7. Bilan des grandes fonctions

Le MK réalise un **bilan digestif et mictionnel**. En effet, les lésions endométriales peuvent se situer au niveau des systèmes digestif et/ou urinaire. Pour ce faire, les différents symptômes peuvent être quantifiés et évalués à partir d'un calendrier des selles et/ou d'un calendrier mictionnel [3]. La patiente devra alors y renseigner rigoureusement la présence de fuites fécales et/ou urinaires ou non, la fréquence des défécations et/ou mictions (pollakiurie diurne ou nocturne), l'aspect des défécations et/ou mictions (hématurie ou rectorragie), la présence de douleurs au remplissage ou à la vidange...

Quant au **bilan de la fonction sexuelle**, le MK recherche la présence de troubles liés aux douleurs pelvi-périnéales. L'un des symptômes sexuels les plus fréquents est la dyspareunie [18]. Un examen physique peut alors être envisagé : le MK évalue l'état de tension, la capacité de relâchement, la force musculaire et la sensibilité des structures périnéales. En effet, selon l'article R4321-5 du Code de Santé Publique « sur prescription médicale, le MK est habilité à participer aux traitements de rééducation (...) périnéo-spinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique »⁴. Aussi, l'évaluation de la fonction sexuelle peut être réalisée à partir du questionnaire Female Sexual Function Index (FSFI) [48].

Enfin, l'endométriose touche parfois les coupes diaphragmatiques [6]. Le **bilan de la fonction respiratoire** doit donc comprendre une vérification de la mobilité et de l'efficacité musculaire du diaphragme. Ceci pourra d'ailleurs être confirmé par les résultats obtenus au TDM6.

⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article>

2.2. Méthodes de rééducation en masso-kinésithérapie

2.2.1. Techniques manuelles et instrumentales

Les techniques de masso-kinésithérapie manuelles et instrumentales, ayant prouvé leurs bénéfices dans le traitement des troubles liés à l'endométriose et pouvant être intégrées à la PES, sont répertoriées dans le tableau ci-dessous (Tableau 2) :

Tableau 2 : Techniques masso-kinésithérapiques utilisées dans la PES de l'endométriose

TECHNIQUES	INDICATIONS	OBJECTIFS	APPLICATIONS
Massages	Dysménorrhée [49,50]. Stress [50].	Diminution de l'intensité douloureuse à court et plus ou moins long terme (EVA) [49]. Diminution du stress : effet apaisant et relaxant [50].	Le MK réalise le massage au niveau de l'abdomen et de la région sacrée [49]. Le massage peut être associée à une aromathérapie [50].
Fasciathérapie	Douleur génitale [51]. Dyspareunie. Douleur pelvienne chronique [51,52]. Hyperactivité vésicale et dysurie [52]. Trouble de la fonction sexuelle [51].	Diminution de l'intensité douloureuse (EVA). Amélioration de la fonction sexuelle (augmentation du score à l'échelle FSFI). Diminution de la suractivité des muscles du plancher pelvien. Effet relaxant [51].	Libération des points triggers dans les régions : abdominale, fessière, vulvaire et intravaginale. Pressions douces et lentes. Etirements.[53]
Travail de la respiration	Autogestion de la douleur par le patient [54]. Besoin de soutien social [54]. Anxiété [55].	Diminution de l'intensité douloureuse (EVA) [54]. Augmentation du score à l'EHP-30 (amélioration de la qualité de vie) [5].	Exercices de respiration associés à la posture et aux étirements. Relaxation classique. Yoga [6,51] et cohérence cardiaque.

<p>TENS (Neurostimulation transcutanée)</p>	<p>Dyspareunie profonde [56]. Dysménorrhée [54,55]. Dyschésie [56]. Douleur chronique pelvienne [53,54].</p>	<p>Diminution de l'intensité douloureuse (EVA) [53,55]. Diminution fréquence des prises d'AINS [58]. Augmentation du score à l'EHP-30 (amélioration de la qualité de vie) [56].</p>	<p>Electrodes appliquées : - en intravaginal. - à la partie inférieure de l'abdomen [58]. - en région sacrée [32].</p>
<p>Exercices de renforcement du plancher pelvien</p>	<p>Dyspareunie [57,58]. Douleur chronique pelvienne. Dysfonction du plancher pelvien [60]. Incontinence urinaire à l'effort [61].</p>	<p>Diminution de l'intensité douloureuse (EVA). Limiter l'hypertonie [51]. Restaurer le tonus de repos des muscles du plancher pelvien [58,59]. Amélioration de la fonction sexuelle (augmentation du score à l'échelle FSFI) [51].</p>	<p>Biofeedback manuel ou par sonde vaginale. Electrothérapie. Contractions volontaires maximales entrecoupées de phases de relaxation maximale [60].</p>
<p>Activité physique</p>	<p>Douleur chronique pelvienne. Inactivité physique. Stress, anxiété, bien-être psychique altéré [32].</p>	<p>Diminution de l'intensité douloureuse (EVA) par la sécrétion d'endomorphine. Effets sur l'immunité. Maintien du bon état des muscles et des ligaments. Distraction.</p>	<p>Activité physique supervisée par le MK [32] : - Posture. - Renforcement global musculaire. - Aérobic. - Pilates [62,63].</p>
<p>Adjuvants</p>	<p>Triade d'algies pelviennes.</p>	<p>Diminution de l'intensité douloureuse (EVA).</p>	<p>Técarthérapie. K-Tape.</p>

2.2.2. Education thérapeutique

L'éducation thérapeutique du patient est un élément fondamental dans la PES de l'endométriose. Elle permet d'améliorer les connaissances personnelles de la patiente, de

favoriser son adhésion au traitement et de renforcer la relation de confiance entre le MK et la patiente. Ainsi, l'évolution des symptômes douloureux ne peut qu'être facilitée.

Le MK peut conseiller la patiente sur certaines habitudes de vie. L'activité physique est vivement recommandée dans le traitement de l'endométriose : le pilates, la marche ou encore l'aérobic permettent en effet de réduire les douleurs pelviennes chroniques et d'améliorer le bien-être psychique des patientes [62,63].

L'éducation thérapeutique vise également à favoriser l'autogestion des symptômes, particulièrement à domicile. Pour cela, il peut être recommandé à la patiente de consulter des sites Internet d'informations adaptées et accessibles, comme le site [retrain pain](https://www.retrainpain.org/)⁵.

Enfin, le MK est amené dans certains cas à favoriser l'orientation de la patiente vers un psychothérapeute.

2.3. Modèle bio-psycho-social

L'endométriose est une pathologie complexe qui nécessite une PES globale et individualisée répondant à un modèle bio-psycho-social.

En effet, en raison du caractère multifactoriel et chronique de la douleur, il est essentiel d'élargir le traitement au-delà de la plainte purement biomédicale et d'intégrer l'ensemble des facteurs psychosociaux pouvant exercer une influence sur les symptômes douloureux [34].

Par ailleurs, diverses techniques complémentaires, combinant des éléments issus des domaines biomédical, psychologique et social, ont émergé comme des interventions bio-psycho-sociales prometteuses. Parmi celles-ci, la méditation, la sophrologie ou encore l'hypnose ont démontré depuis de nombreuses années leur intérêt antalgique. En effet, en induisant un état de conscience modifiée, ces approches permettent au patient d'activer des zones cérébrales spécifiques favorisant la gestion de divers symptômes, dont la douleur [32].

L'hypnose, en particulier, dispose d'un potentiel intéressant dans la PES des douleurs liées à l'endométriose.

⁵ <https://www.retrainpain.org/>

3. L'hypnose comme outil complémentaire dans la prise en soins de l'endométriose

3.1. Hypnose médicale

3.1.1. Définition

Étymologiquement, le terme hypnose vient du grec « hypno » qui signifie « le sommeil ». Néanmoins à travers la littérature, il n'existe aucun consensus quant à la définition exacte et universelle de l'hypnose. Il s'agit en effet d'un processus complexe mêlant à la fois des concepts médicaux, psychologiques, anthropologiques et sociologiques [64].

A ce jour, la définition communément admise est celle proposée par l'Association Américaine de Psychologie (APA) : « l'hypnose est un état de conscience impliquant un focus attentionnel conscient et une réduction de l'attention périphérique caractérisée par une augmentation de la capacité de réponse à la suggestion » [65]. L'hypnose repose ainsi sur trois grandes composantes :

- L'absorption de l'attention par une ou plusieurs tâches [66].
- La dissociation psychique à travers laquelle le patient possède la capacité de percevoir la réalité selon des dimensions distinctes et partielles (exemple : il est physiquement dans sa chambre mais est plongé psychiquement à l'intérieur d'une cabane dans laquelle il jouait enfant) [66].
- Une suggestibilité accrue (ou perméabilité mentale élevée), c'est-à-dire que le patient se trouve dans une disposition plus importante que d'ordinaire à accepter les propositions thérapeutiques qui lui sont faites [67].

Ces trois composantes caractérisent l'état de « **transe hypnotique** » ou l'état de conscience modifiée. C'est un état de veille spécifique, intermédiaire entre l'éveil et le sommeil [68], qui se définit par sa capacité accrue à produire des changements sur la motivation, les perceptions et les comportements, ainsi que des modifications des sensations physiques [66].

Deux grands types d'hypnose sont à différencier : l'hypnose de spectacle d'une part, qui renvoie au divertissement ; et l'hypnose médicale d'autre part, qui est à visée thérapeutique.

3.1.2. Neurophysiologie

3.1.2.1. Etats de conscience

Le cerveau fonctionne de manière complexe et se compose de trois volets : le conscient, l'inconscient et le subconscient [67].

Le **conscient** correspond au « sens de l'éveil, à la connaissance de soi et à la perception de l'environnement ». Il est régi par les cinq sens et permet de réfléchir, d'analyser, de mémoriser

et de prendre une décision volontaire [67]. Ce concept a été résumé par Olivier Lockhert dans son ouvrage comme « un état d'être et de perception dans lequel nous vivons habituellement » [69].

A l'inverse, l'**inconscient** regroupe tous les éléments qui ne relèvent pas du conscient : il constitue l'ensemble de nos automatismes innés. Il assure donc le contrôle de toutes les fonctions biologiques automatiques (telles que le rythme cardiaque, la respiration ou encore le système immunitaire) et l'élaboration des mécanismes de défense [67].

Quant au **subconscient**, il constitue le siège des émotions et des sensations, de l'imagination, des traumatismes, de l'instinct, des souvenirs et des rêves. Il est le centre du cerveau : il enregistre toutes les informations propres à l'individu ou issues de l'environnement pour ensuite les transmettre au conscient lorsqu'il est nécessaire ou à l'inconscient qui les traduit ensuite en réactions somatiques.

Le subconscient se développe particulièrement au cours de l'enfance, période où l'individu est plus vulnérable et emmagasine un certain nombre de croyances qui peuvent impacter ou non le développement de l'adulte. L'hypnose agit au niveau du subconscient [67].

3.1.2.2. Effets de l'hypnose sur le cerveau

L'existence de l'état de transe hypnotique et l'efficacité de ses réels effets ont longtemps été remis en question. Toutefois, l'utilisation de techniques d'imagerie cérébrale plus modernes a permis d'en démontrer la réalité et de mieux comprendre les phénomènes hypnotiques [64].

Del Casale et al. [70] ont montré que l'hypnose influençait notre attention en activant des zones du cerveau comme le cortex cingulaire antérieur (chargé de gérer les situations conflictuelles et de contrôler nos pensées). Ainsi, plusieurs zones du cerveau impliquées dans la douleur sont modifiées lorsque l'hypnose est utilisée à des fins antalgiques : le cortex cingulaire antérieur diminue l'activité des circuits responsables de la douleur, tant sur le plan émotionnel que physique.

3.1.3. Types et courants d'hypnose

Trois types d'hypnose sont à distinguer selon leur utilisation :

- L'**hypnothérapie** où l'hypnose est considérée comme un soin thérapeutique [66].
- L'**hypnoalgésie** qui utilise l'hypnose dans le traitement clinique de la douleur [66].
- L'**hypnosédation** qui combine à la fois l'utilisation de l'hypnose à visée antalgique et le recours à une sédation médicamenteuse (lors d'anesthésies) [66].

Parmi les différents courants d'hypnose, l'**hypnose Ericksonienne** est la plus influente et la plus répandue à ce jour. Elle tire son nom du psychiatre américain Milton Erickson qui a permis par ses travaux, un renouvellement majeur de l'hypnothérapie dans les années 1940-1950. Il définit l'hypnose comme « une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne ». Autrement dit, le rôle du thérapeute est d'aider et d'accompagner le patient à trouver, grâce à l'hypnose, ses propres solutions. L'hypnose Ericksonienne place le patient au cœur du processus de guérison et se base sur une approche beaucoup plus coopérative et permissive [71].

3.1.4. Déroulement d'une séance d'hypnose

Une séance d'hypnose médicale se déroule en quatre phases : l'entretien, l'induction, la phase thérapeutique puis le retour à l'état de conscience ordinaire.

3.1.4.1. Entretien

L'entretien constitue la première phase de la séance d'hypnose. Au travers de cet échange se construit un lien de collaboration où la mise en confiance du patient par le thérapeute est primordiale. L'objectif est en effet de favoriser l'adhésion du patient pour permettre l'établissement d'une **alliance thérapeutique** (AT). Cette dernière est fondamentale et conditionne le succès de la séance [67] : le patient sera plus à même de partager ses difficultés et ses motivations et de laisser entrer le praticien dans son intimité [66].

Par ailleurs, c'est au cours de cet échange que le thérapeute détermine avec le patient l'objectif thérapeutique à atteindre ainsi que les techniques hypnotiques à réaliser. Il doit également recueillir les éléments lui permettant de repérer le **canal sensoriel privilégié du patient**. Pour ce faire, le thérapeute réalise un diagnostic sensoriel à partir de l'échelle VAKOG (Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif ou parfois Gustatif) : en prêtant attention aux mots et aux expressions employées, en observant la gestuelle ou le positionnement du regard, le thérapeute peut déterminer la préférence sensorielle du patient [67]. La répétition de la stimulation de ce canal sensoriel est réalisée lors de la phase suivante.

3.1.4.2. Induction

L'induction est la phase de transition permettant le passage de l'état d'éveil à la transe hypnotique. Le patient se dissocie de ses propres perceptions pour se diriger vers la **perceptude** (état d'un individu plongé dans son univers perceptif, sans intervention des émotions ni de l'intellect) : ses perceptions s'élargissent et deviennent alors plus flexibles. Le thérapeute propose au patient de percevoir ce qui est présent dans l'instant, en plus de sa douleur, et de manière concomitante [47,48].

3.1.4.3. Phase thérapeutique

La technique d'hypnose déterminée au cours de l'entretien est suivie durant toute la durée de la perceptude. A l'aide d'images métaphoriques et de **suggestions**, le thérapeute amène progressivement le patient à modifier la manière dont il perçoit sa réalité douloureuse. Il lui fait vivre et ressentir « une autre réalité », différente de celle dans laquelle il est uniquement centré sur sa souffrance. L'objectif est que le patient quitte ses peurs, ses certitudes et ses croyances quant au fait que sa douleur restera constante et continuera de le dominer. Progressivement, le patient perçoit un changement positif et apprend à moduler les composantes de sa douleur (intensité, superficie douloureuse) [66].

Les suggestions sont des idées à visée thérapeutique. Différentes techniques suggestives peuvent être utilisées par le thérapeute :

- La **suggestion directe** est utilisée très fréquemment pour la douleur. Il s'agit d'une phrase simple incluant une proposition claire et positive ainsi qu'un objectif précis et réaliste. Le patient fournit une réponse quasiment instantanément [67].
- La **suggestion indirecte** fait passer une proposition au patient en faisant appel à son imagination (utilisation de métaphores) [67].
- La **suggestion post-hypnotique** est la plus utilisée car elle assure des résultats durables dans le temps. Elle permet la mise en place d'un automatisme en suggérant un conditionnement de réponse stéréotypé : « répondre par une action X quand une situation Y a lieu » [66].
- La **suggestion paradoxale** a pour but de créer la confusion pour permettre au patient d'appréhender son problème d'une autre façon [67].
- La **suggestion d'approfondissement** cherche à amener le patient vers des niveaux d'hypnose plus profonds [67].
- L'**autosuggestion** permet au patient de réutiliser les techniques suggestives émises lors de sa séance d'hypnose [66].

Par ailleurs, afin de confirmer l'état de transe hypnotique du patient, le thérapeute peut se référer à différents indicateurs et observer un ralentissement de la respiration du patient, un relâchement corporel total, une salivation excessive ou son inverse, ou encore un regard plutôt fixe [66].

3.1.4.4. Retour à l'état de conscience ordinaire

Le retour à l'état de conscience s'opère avec un certain naturel : le patient reprend progressivement contact avec les éléments environnants et se resitue peu à peu dans

l'espace. L'éveil total est atteint lorsqu'il réalise des mouvements volontaires. De plus, un moment d'échanges en toute fin de séance permet au thérapeute de conseiller le patient sur les démarches à adopter pour les jours suivant la séance [66].

3.1.4.5. Autohypnose

L'autohypnose peut être enseignée au patient afin qu'il puisse l'utiliser au quotidien, en dehors des séances de masso-kinésithérapie. Parmi les différentes techniques qui lui sont proposées, le patient choisit celles qui lui semblent être les plus efficaces. Il est capable d'induire un état de conscience modifiée et d'en sortir. Grâce à une pratique régulière, ce dernier devient de plus en plus indépendant et efficace dans sa PES [66].

3.2. Intégration de l'hypnose dans la pratique kinésithérapique

La douleur, qu'elle soit aiguë, chronique ou induite par les soins, est une réalité quotidienne pour les patients consultant en masso-kinésithérapie. Il est donc essentiel de proposer une PES globale et adaptée à chaque problématique des patients, en s'appuyant sur un panel de techniques antalgiques variées.

A ce jour, l'hypnose est encore peu associée à la pratique masso-kinésithérapique. Pourtant, l'étude de Thompson et al. a montré que cette approche constituait un outil complémentaire pertinent pour la gestion de la douleur [72] et l'amélioration de la qualité de vie des patients.

L'intégration de l'hypnose dans les PES pourrait alors présenter un réel intérêt en masso-kinésithérapie.

3.2.1. Formations en masso-kinésithérapie

Actuellement, la pratique de l'hypnose ne figure pas dans le référentiel des compétences des MK. Toutefois, malgré l'absence de reconnaissance officielle, de nombreuses formations en hypnose sont proposées aux MK. Elles peuvent être dispensées par :

- Des instituts spécialisés, comme l'Institut de Thérapie Manuelle de Paris⁶ (ITMP), Santé Formation de Paris⁷ ou encore l'Institut Français d'Hypnose⁸ (IFH).
- Des MK formateurs, comme Théo Chaumeil⁹, qui a créé une formation spécifique et adaptée pour ses confrères.

Si ces formations permettent d'acquérir les compétences nécessaires pour pratiquer l'hypnose, elles ne délivrent pas de diplôme reconnu par l'Etat. Certains MK choisissent alors

⁶ <https://www.itmp.fr/formations/hypnose-paramedicale/>

⁷ <https://www.sante-formation.com/nos-formations/hypnose-paramedicale/>

⁸ <https://www.hypnose.fr/>

⁹ <https://www.theo-chaumeil-formation-hypnose.fr/>

de suivre un Diplôme Universitaire (DU) en hypnose. Ces formations permettent d'approfondir leurs connaissances et de bénéficier d'une reconnaissance universitaire.

3.2.2. Hypnose et gestion de la douleur

Depuis de nombreuses années, l'efficacité de l'hypnose dans la PES de la douleur a été démontrée.

Dans le cas des douleurs aiguës, comme les brûlures, l'hypnose permet de réduire la consommation d'antalgiques, d'améliorer le vécu des soins et de diminuer la durée d'hospitalisation des patients [73].

Par ailleurs, des études plus récentes confirment son efficacité dans la PES des douleurs chroniques, en particulier pour la lombalgie chronique [74], les céphalées [75] et la fibromyalgie [76]. L'utilisation de l'hypnose dans le traitement de ces pathologies a en effet permis une réduction des douleurs et une amélioration de la qualité de vie des patients atteints [77].

Ainsi, l'hypnose apparaît particulièrement intéressante pour les femmes atteintes d'endométriose. Elle permet en effet de réduire la douleur chronique, d'améliorer la qualité de vie et de mieux gérer les symptômes anxieux [67]. Il pourrait alors s'agir d'un outil complémentaire prometteur dans la PES des douleurs chroniques liées à l'endométriose.

PROBLEMATISATION

1. Synthèse

A partir de la littérature étudiée, nous avons constaté que le tableau clinique de l'endométriose était complexe et varié. Les nombreux symptômes cliniques décrits par les patientes pouvaient être traités par les MK en complément des thérapies médicamenteuses et chirurgicales. Les techniques de rééducation apportaient en effet une amélioration des douleurs pelviennes chroniques et des autres troubles associés. Le MK jouait également un rôle de conseil et de soutien social non négligeable auprès des patientes.

Par ailleurs, les qualités d'écoute, d'empathie et de mise en confiance étaient indispensables pour une PES optimale des patientes souffrant d'endométriose. La dimension bio-psycho-sociale étant prédominante dans le traitement de la pathologie. En ce sens, l'action de l'hypnose médicale s'exerçant au niveau du subconscient, siège des émotions [66], constituait un outil thérapeutique intéressant pour établir une AT pérenne et compléter la PES masso-kinésithérapique.

Toutefois, aucune étude n'avait encore évalué l'utilisation et l'efficacité de l'hypnose dans la PES par les MK des douleurs chroniques liées à l'endométriose. Les recommandations de la HAS [5] soulignaient pourtant l'importance d'une PES globale et pluridisciplinaire. Plusieurs études avaient également démontré l'efficacité de l'hypnose dans le traitement de la douleur chronique et de l'anxiété de nombreuses pathologies [80–82].

Ce cheminement nous a alors amené à la réflexion suivante : de quelle manière est-il possible d'intégrer l'hypnose dans la pratique masso-kinésithérapique ? Ceci est-il facilement applicable ? Comment les MK utilisent-ils l'hypnose dans ce type de PES ? Quels sont les enjeux de la pratique de l'hypnose dans la rééducation des patientes souffrant d'endométriose ?

2. Problématisation

Nous avons donc entrepris de répondre à l'ensemble de ces questions en menant une étude auprès des MK concernés, avec pour question centrale de recherche : « **Quels sont les intérêts de l'hypnose dans la PES des femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques liées à l'endométriose ?** ».

Ainsi, l'objectif principal de notre recherche était d'étudier les enjeux de l'intégration de l'hypnose dans la PES masso-kinésithérapique des patientes souffrant de douleurs liées à l'endométriose.

3. A priori

A partir de cet objectif de recherche principal, nous avons formulé les idées préconçues suivantes :

- L'hypnose renforce l'AT et la relation de confiance entre le MK et les patientes.
- L'hypnose facilite la réalisation des techniques masso-kinésithérapiques auprès des patientes atteintes d'endométriose, en réduisant leur niveau de stress.
- L'hypnose améliore la PES des patientes souffrant d'endométriose, en diminuant leurs symptômes douloureux chroniques.
- L'apprentissage de l'autohypnose aux patientes par le MK favorise leur autonomie dans la gestion de leurs douleurs.

MATERIEL ET METHODE

1. Choix de la méthodologie de recherche

Pour étayer au mieux notre étude, nous avons choisi une méthodologie de **recherche qualitative**. Les principales caractéristiques de ce type de recherche sont formulées par Creswell comme suit : « Les écrivains conviennent que l'on entreprend la recherche qualitative dans un cadre naturel où le chercheur est un instrument de collecte de données qui rassemble des mots ou des images, leur analyse inductive, met l'accent sur la signification des participants, et décrit un processus qui est expressif et convaincant dans le langage » [78]. Ainsi, plutôt que de fournir des réponses mesurées et quantifiées, les méthodes de recherche qualitative visent à comprendre les phénomènes sociaux en se penchant notamment sur les expériences personnelles, les croyances, les ressentis et les opinions des participants. Elles sont donc utiles pour générer des hypothèses [79].

La collecte de données qualitatives peut prendre diverses formes. Toutefois, les entretiens sont devenus une technique d'investigation de plus en plus courante dans la recherche en santé, notamment pour explorer les comportements humains dans ce domaine [78]. Le terme « entretien » signifie « échange de paroles » [80] : il s'agit d'une rencontre entre un enquêteur et un enquêté. Au cours de l'entretien, encadré par diverses conditions, l'enquêté partage ses savoirs et ses opinions avec l'enquêteur.

Cette approche méthodologique semblait donc la plus adaptée à notre objectif d'étude, qui était d'explorer un nouveau concept (l'intégration de l'hypnose) et ses implications dans la PES des patientes souffrant d'endométriose. Nous avons ainsi choisi d'échanger avec des MK par le biais d'entretiens, afin de recueillir leurs expériences professionnelles, leurs connaissances et leurs opinions. Ceci nous permettrait ensuite de faire émerger de nouveaux éléments liés au sujet de notre étude.

Il existe trois grands types d'entretiens : non-directif, directif, semi-directif (voir Annexe I) [80]. Cette diversité permet d'adapter la méthodologie à différents types de recherche. Dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour l'**entretien semi-directif**. Cette approche de recherche nous a permis de guider la discussion autour des principaux thèmes de notre sujet, tout en laissant aux enquêtés une grande liberté d'expression. Un entretien directif aurait imposé un cadre strict à l'échange, limitant ainsi les réponses obtenues. Quant à l'entretien non-directif, il aurait donné aux participants une totale liberté de réponse, avec le risque de ne pas aborder l'ensemble des thématiques souhaitées¹⁰.

¹⁰ <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-recherche/>

2. Déroulement chronologique de l'étude

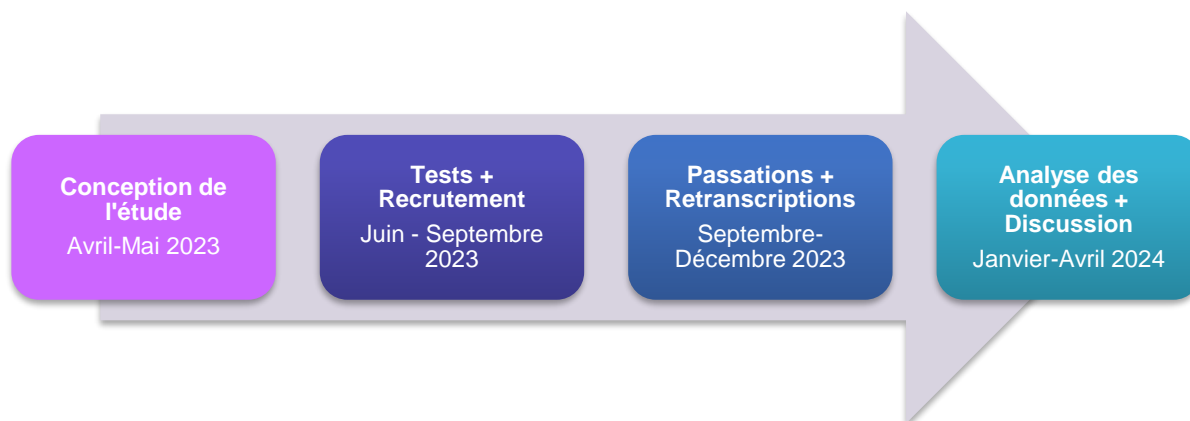


Figure 3 : Déroulement chronologique de l'étude

La chronologie des différentes étapes de l'étude est représentée par la Figure 3 et est conforme aux lignes directrices COREQ pour COsolidated criteria for REporting Qualitative research [81]. Ces directives sont conçues pour l'écriture de rapports de recherche qualitative : cela nous a permis d'identifier les points méthodologiques clés pour la préparation des entretiens.

Ainsi, les étapes de réalisation des entretiens semi-directifs comprennent :

- Une partie préalable aux entretiens, consistant à définir le terrain de l'étude. C'est-à-dire à déterminer les critères d'inclusion et d'exclusion, les procédures de recrutement des participants ainsi qu'à élaborer le guide d'entretien comprenant les thématiques et/ou les questions à aborder ;
- Une fois le guide d'entretien validé, la réalisation de pré-tests permet de fluidifier notre présentation et d'évaluer la pertinence de nos questions ;
- Ensuite, la conduite des entretiens ;
- Puis la retranscription des enregistrements audio ;
- Enfin, le traitement et l'analyse du contenu en vue de présenter les résultats de l'étude.

Par ailleurs, nous avons utilisé la liste de vérification pour les études qualitatives du « Critical Appraisal Skills Programme » (CASP)¹¹, de sorte à nous assurer que tous les éléments essentiels de notre étude y figuraient.

¹¹ <https://casp-uk.net/images/checklist/documents/CASP-Qualitative-Studies>

3. Choix de la population cible

3.1. Critères d'éligibilité

3.1.1. Critères d'inclusion

Afin de définir au mieux notre population cible, les critères d'inclusion retenus pour participer aux entretiens ont été les suivants :

- Être Masseur-Kinésithérapeutes Diplômés d'Etat (MKDE) et être (ou avoir été) en exercice ;
- Prendre en charge des patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques liées à l'endométriose ;
- Être formé.es et exercer (ou avoir exercé) l'hypnose auprès de ses patientes atteintes d'endométriose ;
- Avoir remis leur formulaire de consentement éclairé et avoir accepté les conditions d'échange de l'entretien (c'est-à-dire, répondre aux questions posées et être enregistré.es de manière audio), indispensables pour assurer la bonne retranscription et l'analyse des données recueillies.

3.1.2. Critères de non-inclusion

Parmi les critères de non-inclusion, nous avons jugé essentiel de prendre en compte l'élément suivant :

- Avoir un niveau de maîtrise et de compréhension globale de la langue française suffisant.

Ceci afin de ne pas compromettre à la fois la qualité de l'échange entre l'enquêteur et la personne interrogée, et le traitement des réponses obtenues par l'enquêteur.

3.1.3. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion déterminés ont été les suivants :

- L'enregistrement audio de l'entretien est inexploitable (incomplet, inaudible, incompréhensible) ;
- L'enquêteur n'a pas pu mener l'entretien jusqu'à son terme.

3.2. Recrutement des participants

La réalisation d'une enquête qualitative ne requiert pas nécessairement un échantillon de participants large et statistiquement représentatif, mais plutôt un échantillon restreint et varié. En effet, la diversité au sein d'un échantillon permet d'obtenir un corpus de données nombreuses et hétérogènes, et ainsi d'assurer la qualité et la fiabilité de la recherche [82].

Par ailleurs, les thèmes de notre étude étant spécifiques, la population enquêtée a été logiquement limitée. Par conséquent, nous avons choisi de recruter les participants à l'échelle nationale et d'exclure les variables d'âge et de genre de nos critères d'inclusion, de sorte à s'entretenir avec un maximum de professionnels.

Ainsi, le recrutement de notre population a impliqué de mettre en œuvre plusieurs démarches de prise de contact. Nous avons donc utilisé :

- Des méthodes directes :
 - Recherches à partir du moteur de recherche Google et à l'aide de mots tels que : « masseur-kinésithérapeute », « endométriose », « « hypnose » ...
 - Utilisation des annuaires des professionnels de santé de l'Institut de Pelvi-Périnéologie de Paris (IPPP), de l'Ecole Internationale de Rééducation du Plancher Pelvien (EIRPP), de l'IFH ou encore de l'Institut Français d'Hypnose Humaniste & Ericksonnienne (IFHE) ...
 - Utilisation des listes nominatives accessibles sur le site internet d'associations (Endo France, Endo Mind, les clés de Vénus, Association Française pour l'étude de l'hypnose médicale – AFHEM) ;
 - Participation aux Journées Francophones de Kinésithérapie (JFK) fin mars 2023, et plus particulièrement à une conférence menée par des MK spécialisés en périnéologie, notamment dans la PES des patientes souffrant de « douleurs pelviennes chroniques et de troubles fonctionnels périnéaux » liés à l'endométriose. Participation également à la conférence « Intégration de l'hypnose en kinésithérapie... et en pelvi-périnéologie ? » fin octobre 2023 lors du congrès organisé par l'IPPP.
 - Annonces postées via le réseau social Facebook®, où des groupes en lien avec notamment avec l'hypnose ou l'endométriose existent.
- Des méthodes indirectes :
 - Intervention d'une tierce personne dite « relai », intégrée au sein d'un réseau social plus large (comprenant des confrères et des consœurs intéressés.es par

le sujet, des patient.es ...) et donc en mesure de nous rediriger vers les personnes recherchées ;

- Utilisation de la méthode d'échantillonnage « boule-de-neige » [82] : les participants (potentiels ou non) nous orientent vers d'autres MK répondant à nos critères.

3.3. Saturation des réponses

Un recrutement rigoureux de la population permet d'atteindre efficacement le « seuil de saturation des réponses » [85,88]. Cette notion fait référence à la redondance des données recueillies et correspond au moment où les entretiens des participants ne révèlent plus de nouvelles thématiques. Il est toutefois pertinent de s'éloigner des représentations issues de la recherche documentaire pour se concentrer davantage sur les notions spécifiques à l'expertise de terrain. Ainsi, afin de déterminer si nous avons atteint ou non le seuil de saturation des réponses, nous avons procédé empiriquement, nous appuyant sur les éléments suivants :

- Toutes les thématiques abordées dans le guide d'entretien ont été explorées ;
- Aucune nouvelle donnée n'est apparue au cours de l'entretien ;
- L'enquêteur n'a relevé aucune contradiction ou incompréhension à approfondir ;
- L'enquêté a manifesté des signes de lassitude (bâillements, augmentation de nombre de réponses courtes, répétitions).

Nous avons ainsi mis un terme à la discussion lorsque plus de la moitié des critères énoncés ci-dessus étaient présents.

4. Entretiens semi-directifs

4.1. Contexte de réalisation

Le recrutement des participants s'étant effectué à l'échelle nationale, les contraintes géographiques ont limité les possibilités de rencontres physiques. Par conséquent, il a été judicieux de mener les entretiens à distance, via un rendez-vous téléphonique.

De plus, nous avons demandé aux participants de prévoir un créneau d'une heure, en supposant que la durée de passation des entretiens serait moindre. En estimant relativement haute la durée de l'entretien, nous avons veillé à ce que l'enquêté dispose de suffisamment de temps pour se consacrer à l'échange et parler librement.

4.2. Aspect éthique et réglementaire

Les entretiens menés ont dû respecter les règles d'éthique de la recherche. De ce fait, tous nos participants ont dû remplir un formulaire de consentement éclairé (voir Annexe II) en amont des entretiens. Ce document leur a permis de comprendre l'objectif de l'étude, ses modalités, et de garantir le respect de leur anonymat, la confidentialité des données collectées ainsi que leur droit de se retirer de l'étude [80]. Les enquêtés étaient tenus de remplir, signer, dater et nous renvoyer le formulaire avant la passation de l'entretien.

Par ailleurs, notre enquête a dû se conformer au Règlement Général sur la Protection des Données de l'Union Européenne¹², afin de protéger les informations personnelles de nos participants. Pour ce faire, les enregistrements audio, les prises de notes ainsi que les retranscriptions des entretiens ont été rigoureusement conservés sur un ordinateur protégé par un mot de passe, puis supprimés après l'analyse des données. De même, chaque document (audio ou écrit) a été renommé avec un pseudonyme pour préserver l'anonymat des personnes interrogées.

4.3. Posture adoptée lors des entretiens

Réaliser un entretien semi-directif n'était pas un exercice relevant de notre domaine initial de compétences. Toutefois, nous avons jugé essentiel que les enquêtés se sentent à l'aise tout au long de notre rencontre. Pour ce faire, nous avons pris les mesures suivantes :

- Nous avons maintenu une attitude bienveillante, empathique, patiente et respectueuse durant toute la durée de l'entretien, en veillant à établir une relation d'égalité entre les deux parties [82] ;
- Nous avons adopté une position neutre afin de ne pas influencer le discours de l'enquêté, en nous abstenant de tout jugement et en évitant d'exprimer notre avis ou de contredire le leur ;
- Nous avons utilisé des techniques d'écoute active [83] pour encourager le participant à s'exprimer, à approfondir ses idées, à fournir des explications supplémentaires lorsque nécessaire, et à revenir sur les points omis ou négligés. Pour cela, nous avons employé des reformulations, des relances et des transitions ;
- Nous avons veillé à ne jamais interrompre l'enquêté de manière inopportune, lui laissant le temps de la réflexion et profitant de ses silences ou de ses pauses pour rebondir sur ses propos.

¹² <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>

4.4. Matériel et organisation

La passation des entretiens qualitatifs requiert de prendre en note les grandes idées et les mots-clés jugés pertinents pour relancer l'enquêté. Bien que la prise de notes agisse comme un stimulant mnésique, elle a dû néanmoins rester discrète et légère afin de ne pas distraire le participant et ne pas nuire au dynamisme de l'échange [82].

Nous avons également utilisé des outils d'enregistrement supplémentaires. En effet, la durée estimée de l'entretien étant relativement longue et la quantité d'informations recueillies très conséquente, il nous était impossible de noter l'intégralité des notions abordées. Par conséquent, nous avons opté pour l'utilisation simultanée d'un dictaphone et d'un téléphone portable, afin de doubler les enregistrements audio et de garantir une retranscription précise par la suite.

Enfin, afin de faciliter la retranscription écrite des entretiens, nous avons eu recours à la fonction dictée de Word®. La trace écrite ainsi obtenue était relativement fiable et pouvait être facilement corrigée grâce à nos prises de notes et aux enregistrements audio.

4.5. Elaboration du guide de l'entretien

Réaliser un entretien semi-directif a nécessité la rédaction préalable d'un guide d'entretien [86,87]. Celui-ci comprenait les grandes thématiques que nous souhaitions aborder, ainsi que les questions qui en découlaient. Son objectif était de structurer l'entretien de manière progressive et de permettre sa reproductibilité. Les thématiques développées dans notre guide, illustrée par le Tableau 3, ont été les suivantes :

- Introduction et présentation du MK ;
- Formation en pelvi-périnéologie ;
- Formation à l'hypnose ;
- Utilisation de l'hypnose en masso-kinésithérapie ;
- Intérêts de l'hypnose au sein de la PES des patientes atteintes d'endométriose ;
- Conclusion.

Pour commencer l'entretien, nous avons veillé à recueillir une nouvelle fois le consentement de l'enquêté quant à l'enregistrement de notre échange. Nous avons ensuite poursuivi par le discours suivant : « *Pour rappel, l'objectif de mon mémoire est d'étudier les effets de l'intégration de l'hypnose dans la PES masso-kinésithérapique des patientes souffrant de douleurs d'endométriose. Pour cela, j'utilise des entretiens semi-directifs. Toutes les données issues de notre échange seront traitées anonymement. Seulement votre avis, vos*

connaissances et votre expérience m'intéressent. Aucun jugement ne sera émis : vous êtes donc libre de répondre sincèrement. Si jamais une question ne vous semble pas claire, n'hésitez pas à m'en faire part. Je démarre l'enregistrement ».

La première partie « introduction » a été l'occasion pour le MK interrogé de se présenter et de nous informer sur son parcours professionnel. Nous avons ainsi vérifié les critères d'inclusion de notre étude. Cette partie a également permis à l'enquêté de se sentir plus à l'aise et de rentrer progressivement dans l'entretien.

Dans un premier temps, les deux premières thématiques « formation en pelvi-périnéologie » et « formation à l'hypnose » nous ont permis de questionner le MK sur les deux thèmes principaux de notre recherche, à savoir l'endométriose et l'hypnose. Cela nous a permis de nous rendre compte du bagage d'expériences sur lequel s'appuyait le MK pour répondre à nos questions. De plus, le nombre de MK formés à l'hypnose étant encore réduit aujourd'hui, il nous a été intéressant de connaître les raisons qui ont poussé l'enquêté à se former à cet outil thérapeutique.

L'entretien s'est ensuite poursuivi par la thématique « utilisation de l'hypnose en masso-kinésithérapie ». L'objectif était d'aborder les expériences professionnelles spécifiques du MK concernant l'intégration de l'hypnose dans sa pratique. Les questions de cette thématique recherchaient à recenser les diverses indications à l'hypnose et les méthodes utilisées. Cette partie nous a également permis de discuter des réactions des patients face à ce nouvel outil thérapeutique.

Nous avons également abordé la thématique « intérêts de l'hypnose au sein de la PES des patientes atteintes d'endométriose » qui revêtait une grande importance pour répondre à notre question de recherche. Cette partie regroupait en effet un ensemble de questions nous permettant d'examiner les avantages de l'hypnose lorsqu'elle est utilisée dans la PES des patientes atteintes d'endométriose. Pour cela, nous avons laissé l'enquêté nous partager ses idées, puis nous avons recueilli son avis en lui soumettant des questions plus précises.

Pour finir, nous avons interrogé le MK sur les motivations qui l'ont amené à participer à notre étude. Nous avons enfin profité d'un moment libre pour d'éventuelles remarques ou questions de sa part afin de le remercier et de conclure notre entretien.

Tableau 3 : Guide d'entretien

<u>THEMATIQUES</u>	<u>QUESTIONS</u>
Introduction	<ul style="list-style-type: none">• Discours initial• Demande d'accord pour l'enregistrement audio de l'entretien

	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous vous présenter (caractéristiques socio-démographiques, année de diplôme) ?
Formation en pelvi-périnéologie	<ul style="list-style-type: none"> • Depuis quand pratiquez-vous la PES en pelvi-périnéologie ? • Quelles formations avez-vous suivies dans ce domaine ? • Ces formations ont-elles un lien avec la PES des douleurs liées à l'endométriose ? • L'endométriose étant une pathologie récente, avez-vous constaté une augmentation des PES liées à cette dernière ?
Formation à l'hypnose	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est votre formation en hypnose ? • Depuis combien de temps êtes-vous formés à l'hypnose ? • Quelles sont les raisons qui vous ont amené à vous intéresser à l'hypnose ?
Utilisation de l'hypnose en masso-kinésithérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Pour quelles indications pratiquez-vous l'hypnose ? Pour quel type de douleur en particulier ? • Quelles méthodes pratiquez-vous ? • Utilisez-vous l'hypnose seule ou associée à d'autres techniques masso-kinésithérapiques ? • Quelles sont les réactions et les retours de vos patientes lorsque vous pratiquez l'hypnose ?
Intérêts de l'hypnose au sein de la PES des patientes atteintes d'endométriose	<ul style="list-style-type: none"> • Selon vous, existe-t-il des enjeux à intégrer l'hypnose dans la PES de vos patientes souffrant de douleurs d'endométriose ? • Vos séances sont-elles facilitées par la pratique de l'hypnose ? Les patientes se sentent-elles plus à l'aise ? • Pensez-vous que l'hypnose améliore l'AT ? la relation de confiance ? la communication entre vous et vos patientes ? • Quels sont les critères / contextes particuliers qui conduisent à utiliser l'hypnose dans le cadre de la PES d'une patiente souffrant d'endométriose ? • Constatez-vous un profil « type » de patiente endométriosique davantage réceptive à l'hypnose (âge, catégorie socio-professionnelle, antécédents personnels et/ou médicaux) ?
Conclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles ont été vos motivations à participer à cette étude ? • Avez-vous des questions, des remarques particulières pour clore cet entretien ?

4.6. Pré-tests

Selon les lignes directrices COREQ [81], nous avons effectué des entretiens « pré-tests » en amont de la passation des entretiens officiels. Ces pré-tests avaient deux objectifs : d'une part, s'assurer de la pertinence et de la cohérence des questions et des thématiques abordées ; et d'autre part, évaluer notre capacité de communication et notre posture adoptée.

Le premier pré-test a été réalisé avec un étudiant de quatrième année à l'ILFOMER. Cet entretien a été mené dans des conditions identiques à celles des entretiens analysés. Il nous a permis d'affiner nos questions. Ensuite, une seconde exposition à notre guide d'entretien a été menée auprès d'une MK volontaire non formée à l'hypnose, mais prenant régulièrement en soins des patientes atteintes d'endométriose.

5. Traitement des données

5.1. Retranscription des entretiens

La phase de retranscription des entretiens est essentielle dans le cadre d'une étude qualitative, car elle permet d'effectuer une première analyse du contenu [83]. Ainsi, chaque entretien a été intégralement retranscrit sur un document numérique Word® (voir Annexe IV), puis corrigé et correctement remis en forme. Cette démarche nous a permis par la suite de traiter le corpus de la manière la plus complète et la plus objective possible.

Afin d'éviter tout biais méthodologique, nous avons suivi les règles de retranscription suivantes :

- Nos propos ont été écrits **en gras** pour les différencier de ceux de l'enquêté ;
- Toute information susceptible de compromettre l'anonymat de l'enquêté (nom, prénom, lieu exact d'exercice) a été remplacée par le symbole : *****. Son genre a toutefois été préservé. De même, l'identité de toute personne extérieure à l'étude mentionnée au cours de l'échange a été modifiée ;
- Afin de faciliter la lecture et la compréhension, nous avons supprimé les répétitions involontaires, les bafouillements et autres éléments de langage susceptibles de complexifier l'analyse du corpus. Les fautes de conjugaison, de grammaire et les abréviations ont également été corrigées ;
- Lorsqu'une partie de l'enregistrement était inaudible, nous l'avons indiqué par : [inaudible] ;
- Les éléments contextuels nécessaires pour restituer exactement la dynamique de l'entretien ont été placés entre crochets, par exemple : [rire], [silence] ...

5.2. Analyse thématique

Une fois que tous les entretiens ont été retranscrits, le corpus de textes issus de ces retranscriptions a dû être analysé. Pour ce faire, diverses méthodes de traitement de données qualitatives existent, telles que l'analyse thématique, la théorie ancrée ou encore l'approche inductive générale [78]. Pour notre recherche, l'analyse thématique a plus particulièrement retenu notre attention. Il s'agit en effet d'une approche descriptive visant à recenser le maximum d'informations pertinentes en lien avec les phénomènes analysés et à illustrer la manière dont l'expérience se déploie [84]. A cela s'ajoute l'idée qu'elle s'adapte parfaitement au traitement de corpus de petite taille et regroupant peu de participants. Enfin, du fait de sa simplicité de prise en main, cette méthode apparaissait la plus intéressante à utiliser dans le cadre d'une première expérience de recherche qualitative [84].

Cet outil d'analyse nécessitait que le corpus soit répertorié en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu, et ce, en lien avec les objectifs de notre recherche [83]. Il est important de préciser que les thèmes qui sont ressortis de notre analyse différaient parfois des thèmes formulés dans le guide d'entretien. En effet, ces derniers ont été élaborés dans le but de recueillir des données auprès des enquêtés à partir de grandes questions préparées en amont. Quant aux thèmes de notre analyse, ils ont été déterminés par la suite, afin de rendre compte des thématiques abordées par les participants. Ainsi, il a été intéressant de remarquer si les thèmes du guide d'entretien avaient bien été évoqués, et si d'autres thèmes pertinents avaient émergé au cours de l'échange [83]. Chaque thème émergent a été complété par des verbatims, aussi appelés unités de signification, correspondant à des extraits de la retranscription [84].

De cette manière, une analyse thématique pour chaque entretien mené a été réalisée. Ensuite, nous avons comparé les différentes analyses afin de réunir les grands thèmes qui convergeaient. Pour faciliter l'analyse, nous avons utilisé une grille de classement (Annexe III) permettant de diviser les thèmes en sous-thèmes, tout en y ajoutant les verbatims associés.

RESULTATS

1. Echantillon final et déroulement des entretiens

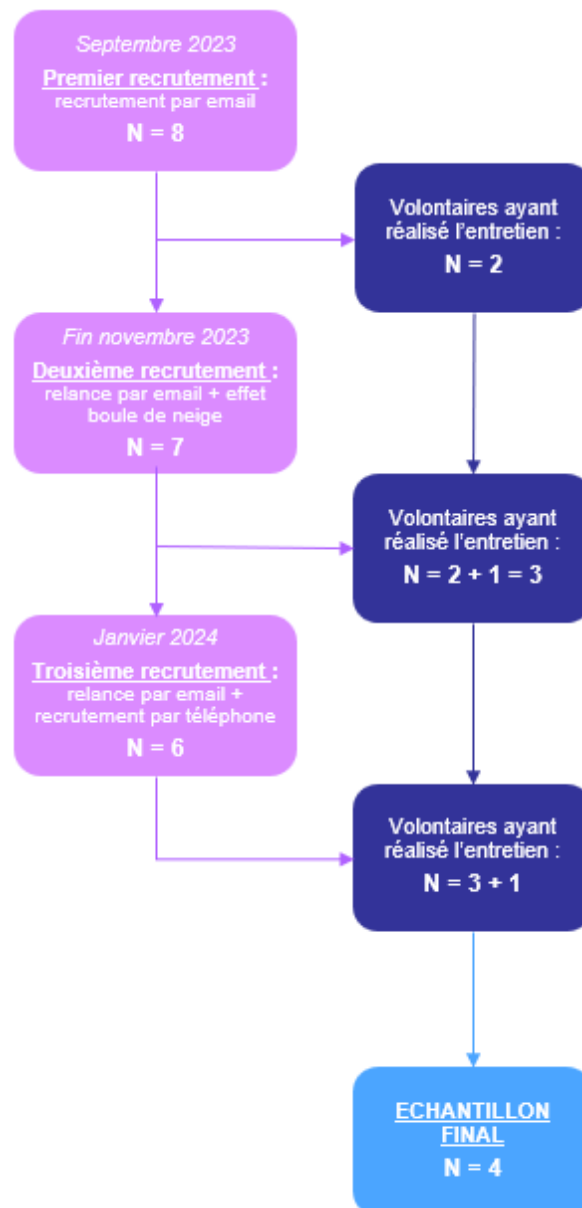


Figure 4 : Diagramme de flux du recrutement de nos participants

Le recrutement de nos participants a démarré mi-juin 2023 par diverses démarches de prise de contact (participation aux congrès JFK et de l'IPPP, annonces postées sur des groupes Facebook en lien avec l'endométriase ou l'hypnose, recherches à partir des annuaires des professionnels de santé spécialisés en pelvi-périnéologie ou en hypnose). L'objectif était de rassembler le maximum de coordonnées de MK susceptibles de répondre favorablement à notre demande d'entretien.

Ainsi, dès septembre 2023, lors de la première phase de recrutement, nous avons contacté par e-mail sept MK répondant à nos critères d'inclusion. Parmi eux, un MK s'est porté

volontaire, six autres n'ont pas répondu, et un dernier MK ne remplissant pas nos critères a été exclu de l'étude. De plus, nous avons déjà connaissance d'une MK formée en hypnose et exerçant auprès de patientes atteintes d'endométriose. Le premier entretien a donc eu lieu par téléphone mi-novembre 2023, et le second s'est également déroulé par téléphone à la fin du même mois.

Nous avons ensuite entamé la deuxième phase de recrutement fin novembre 2023. Nous avons relancé les précédents MK n'ayant pas donné suite à notre premier e-mail et, par effet boule de neige [82], nous avons également pris contact avec deux nouveaux MK. Seul un MK intéressé par notre étude a répondu positivement : le troisième entretien s'est ainsi déroulé mi-décembre 2023 par téléphone.

Pour finir, courant janvier 2024, nous avons lancé la troisième phase de recrutement en relançant par e-mail et en contactant directement par téléphone les MK qui ne nous avaient pas répondu. Cinq d'entre eux n'étaient pas disponibles, mais un s'est porté volontaire pour échanger avec nous. Par conséquent, notre dernier entretien s'est effectué par téléphone à la toute fin du mois de janvier 2024.

A la fin du processus de recrutement, notre échantillon final se composait de quatre participants (Figure 4).

2. Saturation des réponses

La passation d'entretiens semi-directifs implique généralement un nombre restreint d'enquêtés et dépend du seuil de saturation des réponses. Ce seuil est atteint lorsque les entretiens n'apportent plus de nouvelles informations pour répondre à notre étude [79].

Nous avons donc décidé de mettre fin au recrutement à la suite du quatrième entretien. Nous avons relevé une certaine redondance dans les réponses de nos participants, ainsi qu'une variabilité d'informations que nous estimions suffisamment intéressante à examiner. Toutefois, si l'analyse des données recueillies ne nous avait pas fourni suffisamment d'éléments pour pouvoir correctement répondre à notre problématique, nous aurions pu procéder à d'autres recrutements.

3. Présentation des enquêtés et résumé des entretiens

Les caractéristiques des volontaires ayant participé à nos entretiens sont présentées dans le tableau (Tableau 4) ci-dessous. Pour rappel, conformément aux règles d'éthique, l'anonymat des enquêtés a été préservé.

Tableau 4 : Présentation des enquêtés

Enquêtés	Entretien 1 = Mme A	Entretien 2 = Mme B	Entretien 3 = Mme C	Entretien 4 = Mme D
Année d'obtention du diplôme de MK	1984	2001	2010	2011
Type d'activité	Hospitalière	Libérale	Libérale	Libérale
Activité complémentaire	Enseignement universitaire	Cours de gymnastique adaptée	Cours de gym – Pilates adaptés	Cours de Pilates

Les quatre entretiens ont été réalisés auprès d'une population exclusivement féminine. Les participantes étaient d'âges variés et exerçaient toutes dans des zones géographiques différentes, tant en France métropolitaine qu'en outre-mer. La durée moyenne des entretiens enregistrés était de 32 minutes et 51 secondes.

Entretien avec Madame A :

L'entretien a été effectué le 15 novembre 2023 à 17h par téléphone. Sa durée totale était de 31 minutes et 24 secondes.

Madame A était MK diplômée depuis 1984 et exerçait au sein de la fonction hospitalière depuis treize ans, où elle pratiquait exclusivement en uro-gynécologie. Elle a été formée en pelvi-périnéologie depuis de nombreuses années et a suivi une formation d'hypnose il y a deux ans. Elle enseignait également des cours de rééducation périnéale à l'université.

Entretien avec Madame B :

L'entretien a été effectué le 28 novembre 2023 à 10h par téléphone. Sa durée totale était de 37 minutes et 48 secondes.

Madame B était MK diplômée depuis 2001. Elle s'était immédiatement formée en pelvi-périnéologie et a suivi diverses formations complémentaires dans le domaine. Formée en hypnose depuis 2017, elle exerçait en tant que professionnelle libérale au sein de son nouveau cabinet spécialisé dans la rééducation périnéale et les cancers du sein. Elle y proposait également des cours de gymnastique thérapeutique adaptée.

Entretien avec Madame C :

L'entretien a été effectué le 14 décembre 2023 à 13h par téléphone. Sa durée totale était de 32 minutes et 29 secondes.

Diplômée depuis 2010, Madame C a rapidement suivi plusieurs formations en pelvi-périnéologie ainsi que sur la rééducation des cancers du sein. Elle s'était formée à l'intégration de l'hypnose dans les PES depuis 2018. Parallèlement à son exercice libéral, elle organisait aussi des cours de gym et de Pilates adaptés.

Entretien avec Madame D :

L'entretien a été effectué le 26 janvier 2024 à 17h30 par téléphone. Sa durée totale était de 29 minutes et 04 secondes.

Madame D a obtenu son diplôme de MK en 2011 et a exercé depuis en cabinet libéral. Elle assurait des PES exclusivement périnéales et des cancers du sein. Très intéressée par l'approche bio-psycho-sociale, elle s'était formée sur la gestion de la douleur et l'utilisation de l'hypnose en masso-kinésithérapie. Elle assurait également des cours de Pilates.

4. Contenu des entretiens

Le contenu des entretiens (dont les détails se retrouvent en Annexe IV) a été rigoureusement analysé de sorte à faire émerger les différents thèmes nous permettant de répondre à notre problématique de recherche. Pour chacun de ces thèmes, les verbatims les plus pertinents ont été relevés et répertoriés dans les tableaux ci-dessous.

4.1. Parcours professionnel des participants

4.1.1. Année d'obtention du diplôme et activité professionnelle

Les MK ayant participé à nos entretiens présentaient des années d'obtention du diplôme très disparates, allant d'une MK diplômée en 1984 à une autre ayant obtenu son diplôme en 2011.

Quant à leur type d'activité, trois d'entre elles exerçaient au sein de leur cabinet libéral tandis que Mme A pratiquait depuis treize ans en milieu hospitalier. L'ensemble de nos enquêtées était spécialisé dans la rééducation pelvi-périnéale à la fois féminine et masculine. Mme C s'occupait aussi de la rééducation périnéale pédiatrique. Hormis Mme A, les MK prenaient également en soins les cancers du sein.

Chacune a évoqué enfin une activité complémentaire à leur exercice : Mme A dispensait des cours de rééducation périnéale à l'université et Mmes B, C et D organisaient des cours de gymnastique thérapeutique et/ou de Pilates adaptés.

Tableau 5 : Unités de signification concernant l'année du diplôme et le type d'activité pratiquée par les participantes

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
<p>« j'exerce en tant que masseur-kinésithérapeute depuis 1984 et je pratique en rééducation périnéale féminine et masculine depuis plus d'une dizaine d'années à l'hôpital »</p> <p>« concernant particulièrement la pelvi-périnéologie, ça fait douze ans... oui douze treize ans »</p>	<p>« je suis masseur-kinésithérapeute diplômée d'état depuis 2001. J'ai une activité donc libérale »</p> <p>« Je ne fais que de la rééducation du périnée et de la rééducation des cancers de sein »</p>	<p>« je suis kinésithérapeute diplômée depuis 2010. J'exerce en cabinet libéral depuis maintenant plusieurs années »</p> <p>« je reçois exclusivement des patients présentant des pathologies périnéales... majoritairement des femmes hein, mais aussi des hommes »</p>	<p>« je suis kinésithérapeute depuis 2011 et j'exerce depuis plusieurs années en libéral à ***** »</p> <p>« Je me suis formée en périnée et dans la prise en charge des cancers du sein »</p>

« je pratique depuis peu l' hypnose en séance » « il m'arrive de donner des cours aux étudiants de kiné »	« depuis août 2023, je viens de créer un nouveau cabinet [...] que du sein et que du périnée » « je donne aussi des cours de gym thérapeutiques adaptés »	et des enfants et je vois aussi des femmes pour leur cancer du sein » « je donne des cours de gym pilates également »	« en pelvi-périnéologie [...] je le pratique vraiment beaucoup plus là depuis 2021 » « Ah, et j'organise aussi des cours de pilates avec mes patientes »
--	--	---	--

4.1.2. Formations en pelvi-périnéologie

Les formations en pelvi-périnéologie de nos participantes étaient riches et multiples : elles s'étaient toutes formées avec les grands organismes de formation spécialisés dans le domaine, à savoir l'IPPP, l'EIRPP et De Gasquet. Nous avons recensé majoritairement des formations sur le pré et le post-partum, les douleurs pelviennes, la rééducation anorectale et la thérapie manuelle.

Par ailleurs, les enquêtées s'étaient toutes formées rapidement après l'obtention de leur diplôme. Mmes B, C et D s'étaient spécialisées directement dans l'année qui a suivi leur diplôme d'Etat.

Tableau 6 : Unités de signification concernant les formations suivies en pelvi-périnéologie

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
« j'ai vite passé le DU pelvi-périnéal , et j'ai également suivi une formation chez Alister à Mulhouse » « je suis allée également à Toulouse pour une formation sur notre appareil Phénix » « à Paris avec l' IPPP pour tout ce qui était prise en charge des problèmes anorectaux » « une formation en thérapie manuelle [...] qui est importante pour la rééducation périnéale » « Il y en a qui sont liées à la douleur : aiguë mais aussi chronique »	« ma première formation de rééducation périnéale je l'ai faite en sortant de l'école, donc en 2002 » « après j'ai fait tout un tas de formations complémentaires [...] grosso modo j'ai fait pas mal de formations avec De Gasquet , avec l' IPPP aussi bien sûr, avec l' EIRPP »	« je me suis formée avec les grands organismes de formation... l' IPPP , et également l' EIRPP et De Gasquet » « Ma première formation sur la rééducation périnéale était en 2011. Puis après j'ai fait tout un tas de formations complémentaires voilà... donc grossièrement sur le pré et le post-partum , la rééducation anorectale aussi, les douleurs pelviennes , et puis tout ce qui touche au sport et au périnée, la gym hypopressive abdominale » « je me suis formée à la rééducation urologique chez l'homme et à la rééducation périnéale chez les enfants »	« J'ai commencé à me former en 2013 en pelvi-périnéologie » « Je me suis formée avec l' EIRPP , j'ai suivi des formations de premier degré en pelvi-périnéologie, en thérapie manuelle , abdominaux non générateurs de pression, l'accompagnement pré et post-partum , la prise en charge anorectale , le masculin , les douleurs pelviennes , et... et voilà. Et là récemment j'ai fait la formation « gestion des périnées compliqués »

4.1.3. Formations en hypnose

Les quatre MK de notre étude étaient formées à la pratique de l'hypnose et l'utilisaient couramment avec leurs patientes.

Pour chacune d'entre elles, leur première formation en hypnose était relativement récente : Mme A s'était formée il y a seulement deux ans, Mme D il y a quatre ans, et Mmes B et C avaient démarré leur formation en hypnose il y a sept ans. Mme B avait également passé son DU d'hypnose médicale et thérapeutique l'année dernière avec pour sujet de mémoire « rééducation périnéale et hypnose ».

Nous avons remarqué qu'à la fois Mmes B, C et D avaient participé à la formation de Théo Chaumeil intitulée « intégration de l'hypnose en kinésithérapie ». Mmes B et C présentaient aussi une diversité de formations complémentaires telles que « l'hypnose et le corps », « l'hypnose Ericksonnienne », « l'hypnose et la douleur » ou en lien avec l'autohypnose.

Tableau 7 : Unités de signification concernant les formations suivies en hypnose

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
<p>« une formation d'hypno analgésie »</p> <p>« par un groupe qui s'appelle Actiif voilà. Donc... et c'était une formation du CHU. C'était une formation en plusieurs modules [...], ça fait une bonne semaine de formation. Avec de la pratique »</p> <p>« ça fait deux ans simplement que je suis formée »</p> <p>« je pratique depuis peu l'hypnose en séance »</p>	<p>« je suis formée en hypnose : j'ai commencé mes premières formations d'hypnose en 2017 »</p> <p>« en 2017 au centre Quintessence, qui est un centre de formation à Gradignan, où tout le monde peut se former »</p> <p>« j'ai fait une formation d'autohypnose, et là c'était avec un centre... ça s'appelle « Emergence »</p> <p>« toujours avec « Emergence », j'ai aussi fait une formation « hypnose et le corps », donc là aussi ouvert uniquement aux professionnels de santé »</p> <p>« j'ai fait une formation avec Théo Chaumeil oui. C'était... « hypnose et kiné » justement »</p> <p>« l'année dernière j'ai passé le diplôme universitaire à Bordeaux d'hypnose médicale et thérapeutique, où l'objet de mon mémoire était justement « rééducation périnéale et hypnose »</p> <p>« ça se sait déjà que je pratique l'hypnose »</p>	<p>« Je me suis formée avec l'AFNH en 2017 »</p> <p>« où j'ai suivi diverses formations, divers modules... comme notamment « l'hypnose Ericksonnienne », « l'hypnose et la sexologie », « l'hypnose et les traumatismes » et « l'hypnose et la douleur »</p> <p>« j'ai suivi la formation de Théo Chaumeil aussi y a deux ans, tu as certainement dû en entendre parler... ça s'appelait « intégration de l'hypnose en kiné »</p> <p>« je leur propose de les accompagner à travers l'hypnose »</p>	<p>« ce qui m'a amené à faire la formation « hypnose et kinésithérapie »</p> <p>enfin, « intégration de l'hypnose en kinésithérapie » en 2020, proposée par Théo Chaumeil »</p> <p>« j'utilise maintenant régulièrement l'hypnose dans ma pratique »</p>

Concernant ensuite les raisons les ayant conduites à se former, toutes les participantes nous avaient confié qu'elles se sentaient limitées dans leur pratique et qu'elles manquaient d'outils et de clés pour pouvoir prendre intégralement en soins certains patients. Elles se trouvaient impuissantes et démunies face aux problématiques complexes de la douleur chronique.

Aussi, Mme C et Mme D avaient soulevé la nécessité de prendre en compte l'aspect psychosocial dans le soin. Mme C avait d'ailleurs précisé le lien important qui unie selon elle, le corps et l'esprit.

Outre leur intérêt professionnel, les MK de notre étude nous avaient expliqué s'être tournées vers l'hypnose par curiosité ou à la suite d'une expérience personnelle. Mme D avait rapporté avoir eu recours à l'hypnose lors de la naissance de ces deux enfants et s'être étonnée de ses bons résultats.

Tableau 8 : Unités de signification justifiant les raisons des participantes à s'être formées

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
<p>« pour répondre un peu à mes problèmes de prises en charge des patientes qui ont une douleur persistante... »</p> <p>« c'était une formation que j'ai longtemps demandée, pendant trois ans d'affilée »</p> <p>« je me sentais limiter dans ma pratique [...], les douleurs chroniques sont compliquées à prendre en charge »</p> <p>« la douleur est quand même plus profonde, donc il faut la traiter différemment »</p> <p>« je demandais cette formation depuis trois ans avant de l'obtenir, et c'est vraiment parce que certaines fois... moi aussi je me trouvais démunie »</p>	<p>« je me suis renseignée sur toutes les techniques qu'on pouvait utiliser pour accoucher de manière la plus naturelle possible. Donc je suis tombée effectivement sur l'hypnose »</p> <p>« je me suis un peu autohypnotisée pour préparer mon accouchement »</p> <p>« Puis en 2011 quand je suis retombée enceinte [...] j'ai été avec une sage-femme qui faisait de l'hypnose »</p> <p>« j'ai pu accoucher sans péridurale, et donc je me suis dit : « bon l'hypnose a vraiment de fortes capacités ! », enfin j'ai trouvé ça super »</p> <p>« en étant confrontée dans mon travail à des patients qui ont des douleurs chroniques, qui avaient du mal à s'en sortir et tout ça... je me suis dit : « tiens, ça peut vraiment être intéressant de l'utiliser ! »</p> <p>« Je me suis vraiment rendue compte au fur et à mesure du temps qui passe, de mon expérience, que ça me manquait en fait »</p> <p>« Je trouvais ça intéressant, d'un point de vue personnel et professionnel »</p>	<p>« j'avais le sentiment qu'il me manquait quelque chose dans ma pratique... je me rendais compte que l'aspect psychosocial était super important à prendre en compte »</p> <p>« je ne pouvais pas travailler que le corps. Donc il fallait aussi que je prenne en compte l'esprit »</p> <p>« je planchais... J'arrivais pas à résoudre entièrement leurs problèmes, donc au bout d'un moment, je stagnais dans les prises en charge... Je n'y arrivais plus, je ne savais plus quoi leur proposer pour vraiment les aider, c'était pas facile »</p> <p>« ça m'a toujours intéressée, je côtoyais des confrères et consœurs qui m'en disaient du bien aussi. Donc j'ai cherché à me former »</p>	<p>« Quand j'ai commencé à m'intéresser au modèle bio-psycho-social, ça m'a un peu ouvert les yeux sur les prises en charge en fait... que nos traitements manuels ou même nos exercices actifs n'étaient pas suffisants. Il y avait toute une prise en charge beaucoup plus complexe »</p> <p>« je me suis intéressée en particulier à toute l'approche bio-psycho-sociale, ce qui m'a amené à faire la formation hypnose »</p> <p>« il y avait la formation de Théo Chaumeil qui existait, ça m'intéressait, donc je suis partie dessus »</p>

4.2. Prise en soins des patientes atteintes d'endométriose

4.2.1. Evolution de la PES de l'endométriose

La PES de l'endométriose en masso-kinésithérapie a été décrite par les quatre enquêtées comme étant récente. Selon elles, cela s'expliquait par la « popularisation » de la pathologie ainsi que l'évolution progressive de son diagnostic depuis quelques années.

Tableau 9 : Unités de signification concernant l'évolution de la PES de l'endométriose

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
<p>« l'endométriose était vécue un petit peu en isolé par les patientes malheureusement... et elle n'était pas toujours diagnostiquée. Et depuis quelques années effectivement, c'est mieux diagnostiqué »</p> <p>« ça permet de prendre en charge un petit peu plus les patientes »</p>	<p>« On consultait pas du tout pour l'endométriose. Là maintenant un peu plus... oui »</p> <p>« l'endométriose, je dirais que c'est assez récent que je la prends en charge »</p> <p>« l'endométriose est une pathologie diagnostiquée de mieux en mieux, et de plus en plus tôt »</p>	<p>« Les patientes ne consultaient pas du tout avant pour l'endométriose. Là on a vraiment assisté à une popularisation de la pathologie, si je peux dire [rires], donc maintenant la pathologie est mieux diagnostiquée... donc on voit plus de patientes ! »</p>	<p>« Tout ce qui est endométriose, on a une prise en charge assez récente en pelvi-périnéologie. Surtout grâce au fait que le diagnostic se fait de plus en plus tôt maintenant »</p>

4.2.2. Douleurs chroniques et approche bio-psycho-sociale

Lorsqu'elles ont évoqué leurs patientes endométriosiques, les participantes ont toutes été unanimes : le traitement se concentrait beaucoup sur la PES des douleurs pelviennes chroniques. Elles dépeignaient une certaine complexité à les soulager ainsi que des patientes dépendantes au quotidien de leurs ressentis douloureux.

Tableau 10 : Unités de signification concernant les douleurs chroniques dans l'endométriose

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
<p>« je prends en charge les patientes au niveau de la douleur en particulier, puisque c'est ce qui est le plus important »</p>	<p>« une patiente qui vient pour des douleurs lors des rapports »</p> <p>« j'ai vu une dame qui a des douleurs pelviennes importantes depuis de nombreuses années »</p>	<p>« pour une douleur installée et qui est persistante... mon but c'est que les patientes me décrivent une diminution de l'intensité de leur douleur »</p>	<p>« On va avoir des modifications de la sensibilité superficielle, on va avoir tout le contexte d'hyperalgie locale au niveau de la sphère pelvi-périnéale, où comme l'endroit fait mal, il est tendu. Et comme il est très tendu, évidemment c'est plus douloureux au contact, au toucher. La douleur s'installe, et devient persistante en fait »</p>

« quand la douleur est trop violente et trop vive , quand on est en crise en fait... parce que dans la douleur chronique , il y a toujours une période de crise... » « diminuer le curseur de leur douleur »	« des patientes [...] qui ont envie de s'en sortir avec leur douleur qui les impacte au quotidien » « les patientes qui souffrent de douleurs chroniques comme l'endométriose »	« tout ce qui peut découler d'un syndrome douloureux chronique » « des patientes qui ont des douleurs qui persistent ou... qui sont trop intenses »	« elles étaient victimes de la douleur » « Elles ont tellement ancré en elles que le toucher est douloureux , parce que toute la zone est en alerte et hypersensible » « leurs douleurs, qui régissent clairement leur quotidien »
---	---	--	---

Par ailleurs, Mme C et Mme D avaient insisté sur l'importance d'intégrer le contexte psychosocial à la PES de l'endométriose. Dans la même idée, Mme B avait souligné la nécessité d'un traitement holistique où le corps et l'esprit sont indissociables.

Toutes les MK interrogées avaient mentionné à plusieurs reprises l'état de stress et d'appréhension de leurs patientes. Mme C avait évoqué aussi une certaine inquiétude et un manque de sommeil causé par les douleurs, tandis que Mme D avait pointé du doigt le manque de compréhension de l'entourage, à la fois familial et professionnel, qui isole les patientes.

Enfin, la création d'une relation de confiance, d'écoute et de communication ainsi qu'une bonne adhésion thérapeutique au traitement ont été des éléments régulièrement cités par l'ensemble des enquêtées. Mme A avait développé d'ailleurs le fait que la PES se passait « très bien » une fois que la patiente se sentait soutenue, accompagnée et mise en confiance.

Tableau 11 : Unités de signification concernant l'importance de l'approche bio-psycho-sociale dans la PES de l'endométriose

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
« quand on explique bien aux patientes, et quand on commence à avoir un peu la confiance de la patiente, ça passe très bien » « les patientes sentent que l'on cherche à les aider réellement et que l'on prend en compte leur douleur, que l'on prend le temps de communiquer »	« une prise en charge plus holistique , plus globale » « quand on travaille avec le corps, on se rend bien compte que c'est intimement lié avec l'esprit, et que finalement tout est imbriqué » « ces prises en charge-là nécessitent déjà d'avoir une adhésion thérapeutique au traitement »	« on travaille sur tout le contexte autour en fait... qui peut être soit du stress , de l' anxiété , de la peur , de la fatigue (parce leur sommeil est souvent perturbé à cause des douleurs) » « On s'intéresse à tout le contexte psychosocial et on essaie d'agir dessus » « ses douleurs sont généralement très gênantes au moment de	« pour des patientes qui décrivent un contexte psychosocial assez... fragile, tu vois c'est ce qu'on appelle les drapeaux jaunes [...] » « les douleurs chroniques d'endométriose restent encore chez certains médecins et... et dans l'imaginaire collectif... ça reste une maladie un peu invisible, qui touche une zone encore pas mal tabouisée (si ça se dit [rires]), et qui n'est pas forcément comprise par l'entourage... donc ça affecte les patientes dans leur vie de tous les jours, à leur travail, dans leur couple, dans leur vie de famille et leur vie sociale... Et du coup tu as une espèce de repli »

« elles se sentent plus écoutées ... elles nous font davantage confiance »	« on a besoin je pense en tant que patient douloureux chronique [...] d'aller chercher un peu de confiance » « ça peut être des patientes qui ont du stress »	s'endormir, ça va la réveiller souvent la nuit aussi... »	« les patientes peuvent être très stressées , très douloureuses et avec beaucoup d'appréhension »
---	--	--	---

4.3. Intégration de l'hypnose en séance masso-kinésithérapique

4.3.1. Aborder l'hypnose avec les patientes

4.3.1.1. Se heurter aux croyances

Mme A avait soulevé le fait que certaines patientes n'étaient pas toujours prêtes à utiliser l'hypnose et faisaient preuve de réticence. Mme B et Mme C avaient précisé avoir été confrontées parfois aux craintes de leurs patientes, qui exprimaient avoir « peur » de l'hypnose.

Mme C et Mme D avaient explicité qu'il était important de bien tenir compte des représentations et des « croyances » des patientes. En effet, les quatre MK s'étaient toutes entendues à dire que l'hypnose était sujette à des idées reçues pouvant constituer un frein pour certaines patientes.

Parmi ces idées reçues, Mme A avait rapporté que l'hypnose était parfois associée à « du spectacle ». Certaines patientes de Mme C craignaient d'être endormies et manipulées. Tandis que pour Mmes B, C et D, l'hypnose était décrite comme un outil qui permettrait de « prendre le contrôle de quelqu'un d'autre ».

Tableau 12 : Unités de signification concernant les croyances des patientes sur l'hypnose

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
« il y a souvent une petite réticence , dans la mesure où l'hypnose a été un peu galvaudée et est connue beaucoup par les patients comme étant quelque chose qui est de l'ordre du spectacle »	« Il y en a qui me disent tout de suite : « ah là moi ça me fait peur , c'est comme si vous alliez prendre le contrôle ! » « il y en a qui me disent : « oui mais moi je pense que je ne suis pas hypnotisable »	« Y a des fois où les patientes me disent cash « ah ça me fait peur votre truc, vous allez m'endormir , vous allez faire ce que vous voulez de moi » [rires]. Y a malheureusement beaucoup cette fausse croyance , cette image de l'hypnose comme une manipulation , comme si on allait prendre le contrôle ... »	« il faut tenir compte des croyances déjà de la personne » « Souvent les patientes me répondent « pour moi c'est prendre le contrôle de quelqu'un d'autre »

4.3.1.2. Faire découvrir l'hypnose

Les quatre MK interrogées avait indiqué qu'elles commençaient toujours par un temps d'échanges où elles expliquaient à leurs patientes « la manière dont on peut travailler en faisant de l'hypnose ».

Nous constatons que chacune des participantes avait « sa façon d'amener l'hypnose » : Mme B proposait de travailler la détente et la relaxation, tandis que Mme D préférait questionner directement ses patientes « pour vous, qu'est-ce que l'hypnose ? ».

Dans tous les cas, Mme B et Mme D avaient insisté sur le fait que l'utilisation de l'hypnose était toujours qu'une proposition. Mme A et Mme C avaient raconté laisser du temps à leurs patientes pour y réfléchir, poser des questions et lorsqu'elles se disaient intéressées, essayer. Mme A avait également soulevé l'idée de « ne jamais forcer » ni de « presser » les patientes.

Tableau 13 : Unités de signification concernant la présentation de l'hypnose aux patientes

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
<p>« au début, on commence à en parler un peu en amont »</p> <p>« Généralement on le sent [...] j'attends un petit peu que les gens soient entre guillemets mûrs, parce qu'il ne faut jamais forcer »</p> <p>« ça demande aussi beaucoup d'explications, de rassurer, de signaler aux patientes que je ne ferai rien qu'elles ne veulent pas quoi, tout simplement, voilà. Je suis respectueuse de ce qu'elles décident »</p> <p>« il faut laisser venir les patientes, il ne faut pas les presser. Naturellement si elles sont intéressées, elles en reparlent »</p>	<p>« je leur dis : « vous savez je suis aussi formée en hypnose, donc si vous le souhaitez la prochaine fois on pourra travailler un peu plus la détente, la relaxation ». Donc j'amène un peu comme si c'était de la relaxation, et puis après je vois comment elles réagissent »</p> <p>« voilà je leur explique ce que c'est »</p> <p>« Enfin moi je propose quoi. Soit ça se fait naturellement, c'est-à-dire que sans même vraiment leur dire, paf, on part un peu là-dessus. Soit des fois, quand je sens que la patiente est plus sur la retenue, je lui propose de tester »</p>	<p>« C'est important de bien prendre le temps de leur expliquer ce que l'on fait, et la manière dont on peut travailler en faisant de l'hypnose »</p> <p>« souvent je laisse faire... je laisse un peu de temps... et si elles sont intéressées, elles me reposent des questions et puis on essaie. Faut qu'elles se sentent en confiance... »</p> <p>« Je prends plus le temps d'écouter et de rassurer »</p>	<p>« à chaque fois c'est une proposition »</p> <p>« Il y a toute une façon d'amener l'hypnose en fait, je le propose plusieurs fois, et il y a certaines fois où on ne le fait pas »</p> <p>« A chaque fois je demande aux patientes « pour vous, qu'est-ce que l'hypnose ? »</p> <p>« et on en parle ensemble, de quelle façon moi je le pratique. Voilà, pour que ce soit elles qui décident ensuite de le faire ou non »</p>

« Démystifier l'hypnose » et « déconstruire les idées reçues », selon Mme C et Mme D, constituait une étape importante lors de la présentation de l'hypnose aux patientes. Pour ce faire, Mme A précisait à ses patientes qu'il ne s'agissait en aucun cas d'une « manipulation ». Quant à Mme C et Mme D, elles les rassuraient en leur expliquant que ce qu'elles voyaient à la télévision n'est autre que de l'hypnose « spectacle ».

Enfin, Mme B et Mme C avaient spécifié qu'elles utilisaient l'hypnose une fois que les patientes se sentaient bien prêtes, en sécurité et avaient évidemment consenti à faire un premier test.

Tableau 14 : Unités de signification concernant la déconstruction des croyances des patientes sur l'hypnose

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
<p>« l'hypnose, ce n'est pas quelque chose où l'on manipule les gens »</p> <p>« elles restent libres évidemment »</p> <p>« C'est pas une manipulation [rires] voilà, surtout ! C'est ça qui est important à expliquer »</p>	<p>« à partir du moment où la patiente elle est d'accord, qu'elle se sent en sécurité »</p> <p>« Il faut vraiment que la patiente soit prête »</p>	<p>« je leur explique bien que ce n'est pas comme à la télé, que ce que l'on voit dans les émissions c'est du spectacle »</p> <p>« Faut essayer de déconstruire un peu leurs idées reçues et... les rassurer... qu'on ne fera jamais rien qui les mettrait mal à l'aise »</p>	<p>« je leur explique que ça c'est ce qu'on voit dans les spectacles »</p> <p>« elles ont donné leur consentement et que l'on a bien discuté de ce que c'était exactement »</p> <p>« c'est le rôle du praticien de bien démystifier l'hypnose, de présenter systématiquement en toute honnêteté ce que c'est et de quelle façon on le fait »</p>

4.3.1.3. S'adapter à chaque patiente

L'ensemble des enquêtées avaient mis en avant l'importance de pratiquer l'hypnose en s'adaptant aux besoins et aux objectifs des patientes.

Plus précisément, Mme C avait expliqué que l'hypnose n'était pas un outil pathologie-centrée ni patient-centré. L'hypnose constituait plutôt un ensemble d'outils permettant d'élaborer des exercices « sur mesure » en fonction du contexte et des problématiques de chaque patiente.

Tableau 15 : Unités de signification concernant l'adaptation de l'hypnose aux besoins de chaque patiente

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
<p>« c'est en fonction du contexte »</p> <p>« On ne le propose pas de la même façon avec toutes les patientes, on s'adapte »</p>	<p>« c'est en fonction des demandes des patientes »</p> <p>« on a consacré des séances à faire de l'hypnose pour cette problématique-là en particulier »</p> <p>« Donc en fait ça dépend des patientes, et puis évidemment c'est toujours la patiente qui décide quoi »</p>	<p>« il n'y a pas de trame précise à suivre en fonction de tel ou tel symptôme... C'est en fonction des patientes, on crée un peu sur mesure les exercices d'hypnose... on s'adapte à leurs besoins sur le moment »</p>	<p>« Evidemment ça dépend de la patiente »</p> <p>« à chaque fois c'est en fonction des objectifs qu'on a défini ensemble avec la patiente, c'est-à-dire qu'on définit de quoi elle a besoin, de quelle façon on va le faire »</p> <p>« pour convenir au maximum aux besoins de la patiente »</p>

4.3.1.4. Réactions des patientes à la suite de l'utilisation de l'hypnose

Les participantes s'étaient toutes accordées à affirmer que leurs patientes ressortaient contentes après avoir expérimenté l'hypnose en séance MK. Ces dernières étaient aussi décrites comme étant « souriantes » par Mme A et « satisfaites » par Mme B.

Par ailleurs, Mme B et Mme C avaient dépeint un sentiment d'apaisement et de soulagement à la fin de la séance d'hypnose : les patientes étaient en effet plus calmes et moins stressées.

Une certaine perte de notion du temps avait été décrite par Mme A, puisque ses patientes avaient l'impression que « le temps s'était un peu arrêté ». Quant à Mme C, les séances d'hypnose étant relativement énergivores, elle avait souligné une fatigue ressentie par ses patientes.

En revanche, Mme D avait signalé que des patientes s'opposaient parfois à tester l'hypnose en séance. Selon elle, cela s'expliquait simplement par le fait que certaines personnes n'adhéraient pas à ce type d'outil thérapeutique : l'hypnose ne convenait pas à tout le monde.

Tableau 16 : Unités de signification concernant les réactions des patientes suite à l'utilisation de l'hypnose

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
<p>« Elles sont très contentes d'avoir essayé une méthode qui est beaucoup plus douce »</p> <p>« Elles ressortent de la séance contentes, souriantes et souvent étonnées. A la fin, elles ont l'impression qu'il y a eu une perte un peu de... elles ne savent plus où elles en sont au niveau du temps, voilà. Le temps s'est un peu arrêté »</p> <p>« elles acceptent toujours, parce que quand la douleur est vraiment trop importante, elles sont contentes qu'on leur propose quelque chose »</p>	<p>« Jusqu'à présent dans le cadre de l'endométriose [...] ça s'est toujours bien passé »</p> <p>« je dirai que les patientes sont satisfaites qu'on leur propose autre chose, et... soulagées, lorsqu'elles voient les bienfaits »</p> <p>« il y en a qui me disent « ah oui c'est intéressant, je veux bien essayer » »</p>	<p>« Je dirais que les patientes sont contentes. Elles disent souvent qu'elles se sentent apaisées, plus relaxées... plus calmes aussi, et puis qu'elles ressentent moins de tensions, moins de stress. Elles sont fatiguées aussi, un peu comme « vidées » ... mine de rien ça épuise, ça demande pas mal d'énergie ! »</p>	<p>« Je dirais 95% du temps elles sont contentes... enfin non elles sont tout le temps contentes en fait [rires] ! »</p> <p>« oui elles sont souvent super contentes »</p> <p>« Après il y a des personnes avec qui ça ne sera pas... voilà ça ne sera pas possible... ce sera un refus de leur part ! Donc voilà... il y a des personnes qui n'adhèrent pas, tout simplement en fait... qui vont le dire dès le début : « moi les trucs de respiration, de visualisation, je n'y arrive pas, ce n'est pas mon truc, ça ne me convient pas »</p>

Lorsque nous avons questionné les enquêtées sur l'éventuel profil « type » de la patiente endométriosique réceptive à l'hypnose, ces dernières avaient exprimé des avis divergents.

Mme B et Mme D s'étaient entendues à décrire une femme plutôt jeune, active et motivée à se libérer de ses douleurs. Mme D avait également pensé qu'une personne âgée, souvent moins encline qu'une femme des nouvelles générations à découvrir cet outil, était moins réceptive.

En revanche selon Mme A, il n'existait pas de profil « type ».

Enfin, Mme C avait expliqué surtout que l'hypnose était une compétence qui s'entraînait : tout le monde dispose de capacités de réceptivité. Plus une patiente s'entraîne à pratiquer l'hypnose, plus ses résultats sont probants.

Tableau 17 : Unités de signification concernant le profil « type » de patientes endométriosiques réceptives à l'hypnose

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
« Pour moi il n'y a pas vraiment de profil type »	« j'ai un peu toujours le même profil type de patiente. Ce sont des femmes assez jeunes , qui ont souvent une trentaine d'années » « le profil c'est effectivement des patientes plutôt jeunes, actives et qui ont envie de s'en sortir avec leur douleur »	« non, il n'y a pas de profil type de patiente plus réceptive à l'hypnose. Pour moi, je dirais que l'hypnose est plus une compétence qui s'entraîne . En fait tout le monde est réceptif et plus on s'entraîne plus on aura de résultats »	« C'est compliqué d'établir un profil type... je pense qu'il faut une certaine capacité de compréhension et de visualisation » « une personne âgée est généralement moins encline à découvrir et à pratiquer l'hypnose qu'une patiente des nouvelles générations ... donc indéniablement moins réceptive »

4.3.2. Techniques d'hypnose exercées auprès des patientes

4.3.2.1. Hypnose conversationnelle

Grâce à l'hypnose conversationnelle, toutes les enquêtées avaient souligné une meilleure capacité de communication avec leurs patientes.

Mme C avait défini l'hypnose conversationnelle comme une manière particulière de communiquer avec les patientes. Comme Mme D, elle avait indiqué l'avoir totalement intériorisée et la pratiquer à sa manière, en permanence et avec tous ses patients. Son discours se voulait être le plus positif et rassurant possible car selon elle, les mots ont un « impact assez fort ».

Mme A avait également dépeint l'hypnose comme un outil de communication essentiel. Elle avait expliqué que le cerveau avait tendance à se focaliser sur la négation et qu'il était donc important de saturer les patientes de paroles positives.

Dans la même idée, Mme B avait raconté avoir développé sa propre façon de communiquer grâce à l'hypnose. Elle employait toujours un vocabulaire positif et veillait à ne jamais avoir un discours nocebo de sorte à tranquilliser ses patientes.

Enfin, Mme D avait ajouté que l'utilisation de l'hypnose requérait une adaptation de son champ lexical à l'imaginaire des patientes.

Tableau 18 : Unités de signification concernant l'hypnose conversationnelle

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
<p>« L'hypnose est un outil rien que dans la communication aussi. Je ne dis jamais « est-ce que vous avez mal ? » mais plutôt « comment ça se passe pour vous aujourd'hui ? ». C'est important d'adopter un discours très positif »</p> <p>« mettre des mots toujours positifs, être toujours dans le positif et laisser le cerveau de la patiente travailler »</p> <p>« on a l'habitude de demander « comment ça va ? », non, « ça se passe comment pour vous aujourd'hui ? » je trouve que c'est mieux, parce que c'est plus neutre »</p> <p>« Dans les formulations aussi, essayer d'éviter tout ce qui est négation [...], parce que le cerveau ne comprend pas la négation et se focalise dessus. Lors des exercices d'hypnose, on va saturer de paroles positives comme « c'est confortable, c'est agréable, c'est doux, c'est joli »</p>	<p>« l'hypnose m'a permis de faire un travail sur ma communication thérapeutique »</p> <p>« je suis tout le temps dans une communication thérapeutique où il n'y a aucun discours nocebo etc. Au lieu de dire aux patients : « ne vous inquiétez pas », je vais tout le temps dire « rassurez-vous, ça va bien se passer ! »</p> <p>« toujours avoir un vocabulaire et employer des phrases qui sont positives »</p> <p>« j'ai cette façon particulière de communiquer, que je me suis complètement appropriée »</p> <p>« on est dans de la communication thérapeutique, une façon de parler aux patients qui va faire en sorte que ça les mette dans des bonnes dispositions »</p> <p>« L'hypnose [...] permet d'avoir une meilleure communication »</p>	<p>« l'hypnose je la pratique au quotidien... en permanence lorsque j'échange avec mes patientes »</p> <p>« l'hypnose conversationnelle, donc là c'est dans la manière de communiquer avec les patientes. Les mots ont un impact assez fort, et en tant que kiné on doit chercher à optimiser notre communication avec les patientes »</p> <p>« on emploie toujours un vocabulaire positif, on évite les discours nocebo, voilà. Les patientes ont tendance à ne retenir que les éléments négatifs de nos phrases, donc c'est important d'avoir un discours le plus rassurant possible »</p> <p>« L'hypnose m'a permis de me créer ma façon de communiquer avec les patientes [...] là maintenant c'est totalement ancré, et je réfléchis même plus à ma façon de communiquer »</p> <p>« l'hypnose conversationnelle, c'est quelque chose que j'associe systématiquement à mes prises en charge »</p>	<p>« Sur la version vraiment de communication hypnotique, je la pratique au quotidien en fait, en permanence, avec tous mes patients, quelle que soit leur pathologie. Que ce soit sur la façon de poser des questions lors de l'anamnèse à la première séance, d'orienter les conversations, de mentionner leurs progrès, voilà c'est vraiment de communiquer positivement en permanence. En permanence je réfléchis à ce que je dis aux patients pour être sûre que les effets soient les plus placebo, dans le bon sens du terme [rires] »</p> <p>« L'hypnose [...] permet d'optimiser la communication avec la patiente »</p> <p>« parfois tu ne partages pas les mêmes cultures, le même vécu ni le même imaginaire que ta patiente, donc c'est important d'adapter ton vocabulaire, ton champ lexical »</p>

4.3.2.2. Hypnose formelle

En plus de l'hypnose conversationnelle, l'hypnose peut être pratiquée de manière plus formelle. Mme C avait renseigné qu'il existait deux grandes conditions à son utilisation : soit dans le cadre d'un exercice d'hypnose seule en « hands off », soit ajoutée à une technique kiné en « hands on ».

Les MK avaient mentionné proposer des séances d'hypnose formelle, notamment lorsque la douleur était plus prégnante selon Mme A.

Tableau 19 : Unités de signification concernant l'hypnose formelle

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
« Si vraiment la douleur est très prégnante [...] on peut faire une séance uniquement d' hypnose formelle »	« lorsque je pratique l'hypnose plus formelle »	« et puis, il y a l' hypnose formelle » « Soit c'est une séance d'hypnose seule en hands off , soit c'est de l' hypnose associée à une technique de kiné en hands on »	« je propose aussi des séances d' hypnose formelle »

Cinq exercices différents d'hypnose formelle ont émergé des entretiens de nos participantes : la réification, la respiration, le lieu de sécurité, la remémoration d'un souvenir positif et le travail des phénomènes idéo-moteurs (catalepsie).

Mme A travaillait beaucoup sur la création d'un lieu de sécurité lorsque la douleur de ses patientes était latente, et utilisait davantage la réification lorsqu'elles étaient en crise et que la douleur était jugée trop violente.

Pour Mme B, la réification était très facile à mettre en place et donnait généralement de bons résultats. Elle pratiquait des exercices de respiration quand ses patientes avaient besoin d'être détendues, et leur faisait parfois faire de la catalepsie pour qu'elles puissent « tester un peu l'état d'hypnose » et qu'elles ressentent la dissociation.

Mme C pratiquait beaucoup la réification avec ses patientes et considérait, comme Mme B, qu'il s'agissait d'un exercice probant et facile à réaliser en séance. Par ailleurs, elle expliquait avoir régulièrement recours à la remémoration d'un souvenir positif et travaillait également souvent la respiration.

Mme D avait raconté quant à elle, réaliser les exercices de lieu de sécurité, de respiration et de remémoration d'un souvenir positif avec ses patientes. Plus ponctuellement, elle utilisait la réification.

Tableau 20 : Unités de signification concernant les exercices pratiqués en hypnose formelle

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
<p>1) <u>Le lieu de sécurité</u></p> <p>« je travaille beaucoup sur le lieu sûr »</p> <p>« ça permet à la patiente lorsqu'elle n'est pas très bien, et quand la douleur est un peu latente etc, d'aller se ressourcer et peut-être d'éviter de faire monter la pression »</p> <p>2) <u>La réification</u></p> <p>« j'utilise beaucoup la réification »</p> <p>« quand la douleur est trop violente et trop vive, quand on est en crise »</p> <p>« je demande à la patiente d'associer sa douleur à un objet et je l'accompagne à le transformer [...] en quelque chose de doux et agréable, avec lequel la patiente se sent bien »</p>	<p>1) <u>La réification</u></p> <p>« lorsque je travaille la douleur, je fais pas mal ce qu'on appelle la réification »</p> <p>« Je trouve que c'est très facile à mettre en place la réification »</p> <p>« ça ne demande pas un état de trans hypnotique profond non plus »</p> <p>« C'est souvent assez probant »</p> <p>« je lui ai demandé de voilà... de se représenter à quoi ça pouvait ressembler cette gêne, quelle couleur, quelle forme, quelle texture, quelle matière, quelle température etc. L'idée en réification, c'est de venir assouplir, d'amener petit à petit quelque chose de plus confortable pour la patiente en modifiant les paramètres de ce qu'elle a décrit »</p> <p>2) <u>La respiration</u></p> <p>« un travail axé sur la respiration, puisqu'avec le périnée, on travaille forcément la respiration »</p> <p>« je lui demande de respirer, de se concentrer sur telle ou telle chose, en fait je fais une petite induction comme ça [...] j'amène des suggestions »</p> <p>« pour qu'elle se détende davantage, je vais amener un travail de respiration »</p> <p>3) <u>Les phénomènes idéo-moteurs</u></p> <p>« quand elle a besoin de tester un peu l'état d'hypnose, je lui fais faire de la cataplexie »</p> <p>« le bras de la patiente reste bloqué dans une certaine position [...], je lui fais ressentir la dissociation »</p> <p>« l'idée c'est de faire un peu le parallèle avec « je mets de côté la douleur »</p>	<p>1) <u>La remémoration d'un souvenir positif</u></p> <p>« je propose souvent aux patientes de se remémorer un souvenir positif, j'utilise beaucoup cette technique »</p> <p>« le cerveau ne fait pas la différence entre ce que l'on fait pour de vrai et ce que l'on imagine. Donc souvent je leur demande de se plonger dans un souvenir positif pour elles... pour qu'elles ressentent un peu toutes les émotions agréables de ce souvenir, comme... des odeurs, des sons, des personnes en particulier »</p> <p>2) <u>La réification</u></p> <p>« J'utilise aussi beaucoup la réification »</p> <p>« j'essaie de les accompagner à... changer... à modifier les caractéristiques de l'objet qu'elles décrivent, à modifier sa couleur, sa forme, sa texture, même sa température [rires]... Le but c'est qu'elles changent leur représentation corporelle »</p> <p>« Il y a toujours de bons résultats avec la réification... et ça se fait très facilement en séance »</p> <p>3) <u>La respiration</u></p> <p>« je travaille aussi pas mal la respiration, puisque lorsqu'on travaille au niveau du périnée, on travaille la respiration... »</p>	<p>1) <u>Le lieu de sécurité</u></p> <p>« ça peut être aussi ce que l'on appelle le lieu de sécurité »</p> <p>« on va ensemble élaborer un endroit qui amène à la patiente de la détente »</p> <p>2) <u>La respiration</u></p> <p>« je peux très vite amener les patient à se focaliser sur leur respiration »</p> <p>« sentir que la respiration va dans le corps, qu'elle détend... c'est amener les patientes à se focaliser sur la sensation de respiration »</p> <p>3) <u>La remémoration d'un souvenir positif</u></p> <p>« on peut travailler sur un souvenir positif. C'est une technique que je propose souvent »</p> <p>« je lui demande si elle a un souvenir de quelque chose dans lequel elle se sent bien et relaxée »</p> <p>« on revit le souvenir avec toutes les sensations autour »</p> <p>4) <u>La réification</u></p> <p>« très ponctuellement aussi, je peux utiliser ce qu'on appelle la réification »</p> <p>« si la patiente me décrit une douleur de type dyspareunie, en disant : « j'ai l'impression d'avoir des lames de couteau tranchante dans le vagin », là on va travailler sur les différents aspects de l'objet imaginé et venir le modifier pour soulager au maximum la personne »</p>

4.3.2.3. Apprentissage de l'autohypnose

Les enquêtées avaient toutes pointé du doigt le gain d'autonomie de leurs patientes. Cette autonomie était permise par l'apprentissage de l'autohypnose.

L'idée développée par les MK était que les patientes reproduisaient à domicile les exercices d'hypnose appris en séance de rééducation de sorte à pouvoir gérer elles-mêmes leurs douleurs. L'autohypnose était selon elles, un outil supplémentaire permettant aux femmes endométriosiques d'être libres de « s'auto-traiter », de se prendre en charge seules et de devenir actrices de leur pathologie.

Selon Mme C, l'autohypnose permettait aux patientes de mieux appréhender leur douleur, leur stress et leurs troubles du sommeil. Elle avait cité en effet l'expérience d'une patiente qui utilisait l'autohypnose pour s'endormir plus facilement et diminuer sa perception douloureuse.

En outre, Mme D avait spécifié que l'autohypnose développait le sentiment d'auto-efficacité des patientes face à leur douleur : elles disposaient des clés nécessaires pour reprendre le contrôle de leur douleur.

L'autonomisation des patientes grâce à l'apprentissage de l'autohypnose apparaissait être un élément important dans la PES des douleurs chroniques d'endométriose puisque nous avons relevé de nombreux verbatims à ce sujet.

Tableau 21 : Unités de signification concernant l'autohypnose

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
<p>« C'est justement donner les moyens aux patientes elles-mêmes de s'auto-aider [...] d'être mieux avec la douleur, de la diminuer en intensité, de diminuer le curseur »</p> <p>« le but c'est qu'après elles puissent le refaire à la maison »</p> <p>« Mon objectif c'est justement que les patientes puissent être autonomes après »</p> <p>« l'apprentissage de l'autohypnose permet aux patientes de se soulager seules, après à</p>	<p>« j'ai déjà eu des demandes par exemple de patientes qui souffraient d'endométriose et qui voulaient apprendre l'autohypnose pour pouvoir gérer leur douleur par elles-mêmes »</p> <p>« l'idée c'est que la patiente elle devienne autonome et qu'elle puisse après se faire ses propres exercices d'autohypnose »</p> <p>« se faire du bien, se donner les moyens en fait d'améliorer son état, et de ne pas</p>	<p>« je vois avec les patientes pour qu'elles reproduisent les exercices qui ont bien marché en séance, toutes seules, chez elles »</p> <p>« elle utilise pas mal l'autohypnose ! Ça lui sert de... en fait c'est un peu comme un rituel d'endormissement tous les soirs ! Parce que ses douleurs sont généralement très gênantes au moment de s'endormir, ça va la réveiller souvent la nuit aussi... donc là, ça lui permet de se</p>	<p>« je leur apprend à le refaire à la maison : et là c'est de l'autohypnose »</p> <p>« une grosse majorité reproduisent ce qu'on a vu ensemble, et avec des bons résultats »</p> <p>« de réussir à leur donner les clés pour pouvoir gérer elles-mêmes, grâce à l'autohypnose, leurs douleurs, clairement oui...</p>

<p>domicile [...]. Parce qu'on ne sera pas toujours avec elles »</p> <p>« on leur donne la possibilité de se prendre en charge en autonomie »</p> <p>« le patient a besoin qu'on lui donne un outil différent et supplémentaire pour s'auto-traiter au niveau de la douleur »</p> <p>« C'est une liberté qu'on donne aux patientes »</p>	<p>rester dans quelque chose de passif et dépendant du kiné en fait »</p> <p>« l'apprentissage de l'autohypnose, si la patiente elle s'approprie bien le truc, elle peut devenir vraiment actrice de sa pathologie, ne plus la subir »</p> <p>« Et même si elle est toujours douloureuse [...] elle a davantage d'outils en elle pour se soulager et vivre avec sa douleur »</p>	<p>détacher un peu de sa douleur pour s'endormir plus rapidement »</p> <p>« chaque patiente l'utilise selon ses besoins et ses ressentis. Souvent elles vont l'utiliser quand elles ont trop de douleur et qu'elles veulent se soulager, ou qu'elles se sentent stressées aussi »</p> <p>« ça leur permet vraiment de se prendre en charge, de s'autonomiser »</p>	<p>là c'est un élément super positif ! Tu développes leur sentiment d'auto-efficacité face à la douleur... où elles étaient victimes de la douleur, elles peuvent reprenre la main et le contrôle dessus, dans une certaine mesure »</p>
---	--	--	--

4.3.3. Apports de l'hypnose dans la PES des patientes endométriosiques

4.3.3.1. Favoriser le soulagement de la douleur

Pour chacune des MK interrogées, l'hypnose était un outil complémentaire qui aidait au traitement des douleurs de leurs patientes.

En effet, Mme A avait caractérisé l'hypnose comme étant un « coup de pouce » et un outil supplémentaire « qu'il faut avoir dans sa besace de professionnels de santé ».

Tandis que Mme B avait décrit cet outil comme une « vraie aide » qui a joué un rôle « clé » dans l'accompagnement de ses patientes.

Quant à Mme D, l'intégration de l'hypnose a facilité ses PES les plus complexes et a permis d'obtenir de réels résultats avec des patientes pour lesquelles la douleur n'évoluait pas. En ce sens, elle avait affirmé que les techniques d'hypnose représentaient un « vrai message d'espoir » pour les patientes douloureuses.

Les enquêtées s'étaient toutes rejointes à observer une meilleure perception et acceptation de la douleur par leurs patientes. Selon Mme C, l'hypnose permettait de modifier la douleur de sorte à ce qu'elle devienne plus agréable et plus tolérable. Mmes A, C et D avaient développé quant à elles, l'idée que l'hypnose enclenchait un processus de désensibilisation permettant d'initier un soulagement des douleurs chroniques.

Tableau 22 : Unités de signification concernant l'efficacité de l'hypnose dans la gestion des douleurs chroniques d'endométriose en MK

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
<p>« je pense que l'hypnose est un très bon outil »</p> <p>« avec l'hypnose on dispose d'une clé supplémentaire, le coup de pouce pour les traiter »</p> <p>« j'utilise l'hypnose pour les douleurs chroniques très souvent »</p> <p>« c'est vraiment un outil qu'il faut avoir dans sa petite besace de professionnels de santé »</p> <p>« des techniques, comme ici l'hypnose, qui permettent de soulager les patients »</p>	<p>« L'hypnose est une vraie aide [...]. C'est la clé pour accompagner les patientes qui souffrent de douleurs chroniques comme l'endométriose »</p> <p>« De pratiquer l'hypnose comme ça, généralement les patientes ont une meilleure perception de leur douleur... et elles l'acceptent un peu mieux. »</p>	<p>« L'objectif quand je fais de l'hypnose avec les patientes, c'est qu'elles changent la perception de leur douleur... qu'elles la modifient... pour qu'elle soit plus agréable et plus acceptable »</p> <p>« pour détourner un peu leur attention de la douleur, qui a été exacerbée par les exercices, et puis d'essayer qu'elles quittent la séance avec un niveau de douleur qui ne soit pas trop haut »</p>	<p>« Dans les cas les plus complexes, l'hypnose a vraiment facilité les prises en charge : on a réussi parfois à obtenir de vrais résultats avec des patientes pour lesquelles on stagnait, clairement »</p> <p>« en réussissant à enclencher le processus de désensibilisation, en déconnectant légèrement les réseaux hyperalgiques... on peut voilà, avec l'hypnose, abaisser leur niveau de sensibilité et commencer à envisager un peu de soulagement »</p> <p>« En fait on a mis un peu sur « off » leur douleur le temps de la séance grâce aux techniques d'hypnose, et ça c'est un vrai message d'espoir pour elles »</p>

4.3.3.2. Améliorer les facteurs psychosociaux des patientes

D'une part, toutes les enquêtées avaient développé que l'utilisation de l'hypnose en séance apportait à leurs patientes des sensations agréables de bien-être et de relâchement. Une fois la séance terminée, les patientes de Mme A se sentaient bien et apaisées tandis que celles de Mme C étaient qualifiées de plus relaxées. Mme B et Mme D avaient également expliqué pratiquer l'hypnose et observer une plus grande détente chez leurs patientes.

D'autre part, il est intéressant de constater que Mme C mettait l'accent sur le travail des émotions en lien avec la douleur. Pour ce faire, elle tentait notamment de réduire le niveau de tension et de stress de ses patientes. Elle expliquait essayer d'agir sur leur contexte psychosocial pour diminuer leur ressenti douloureux et donc plus largement améliorer leur bien-être.

Enfin, Mme B avait rapporté utiliser l'hypnose dans le but de provoquer un déblocage émotionnel et de permettre une remise en mouvement des patientes. Mme C avait d'ailleurs remarqué que la remobilisation permettait de sortir les patientes du « cercle vicieux » de leurs douleurs.

Tableau 23 : Unités de signification concernant l'amélioration des facteurs psychosociaux chez les patientes grâce à l'hypnose

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
<p>« la patiente se sente bien »</p> <p>« Les patientes sont très contentes je dirais et se sentent apaisées »</p>	<p>« pour qu'elle se détende davantage je vais amener un travail de respiration »</p> <p>« ça permet aussi à la patiente de se débloquer, oui de se libérer de ses émotions qui la paralysent... et puis de se remettre en mouvement et de se remobiliser »</p>	<p>« C'est généralement un bon moyen pour elles de se détendre et de se relâcher »</p> <p>« Elles disent souvent qu'elles se sentent apaisées, plus relaxées... plus calmes aussi, et puis qu'elles ressentent moins de tensions, moins de stress »</p> <p>« on travaille aussi sur les émotions [...] le contexte psychosocial en fait... et on essaie d'agir dessus pour diminuer les douleurs et améliorer au maximum le bien-être des patientes »</p> <p>« ça permet aux patientes d'être plus actives et puis de se remettre un petit peu en mouvement. Voilà c'est leur redonner un peu de dynamisme... un peu d'élan... parce que généralement elles s'arrêtent de bouger ! Et... et elles prennent conscience qu'elles peuvent plus bouger du coup... et elles sont moins focalisées sur leur douleur. C'est vraiment ça oui, ça les sort en quelque sorte de leur cercle vicieux »</p>	<p>« une personne qui a besoin de se sentir plus détendue »</p> <p>« en fait grâce à l'hypnose, les patientes parviennent à suffisamment se détendre pour accepter le toucher »</p>

4.3.3.3. Aider à la réalisation des actes masso-kinésithérapiques

Tout d'abord, les participantes avaient toutes témoigné disposer de meilleures compétences et capacités de PES grâce à l'intégration de l'hypnose à leurs actes.

Mme A avait révélé que l'hypnose lui apportait « le savoir-être pour faciliter le savoir-faire » et ainsi l'aidait dans ses traitements.

Pour Mme B, l'hypnose potentialisait ce qu'elle faisait en séance et avait estimé que ses actes masso-kinésithérapiques fonctionnaient mieux.

Mme C avait constaté avoir « plus de cordes à son arc ». L'hypnose était selon elle un outil en plus qui débloquent certaines de ses PES. Cette même idée était partagée par Mme D qui avait expliqué parvenir à investir différemment la zone douloureuse des patientes à partir des sensations positives introduites par l'hypnose.

Par ailleurs, l'hypnose permettait de gagner en efficacité et en rapidité dans le soin selon Mme C. Cette dernière observait en effet une accélération des résultats de ses patientes grâce à l'hypnose.

Concernant enfin les techniques masso-kinésithérapiques que les enquêtées associaient le plus à l'hypnose : Mme A et Mme D avaient évoqué la mobilisation et le massage thérapeutique, Mme B avait cité le contracté-relâché et Mme D avait ajouté qu'elle obtenait de bons résultats en plaçant ses patientes sous hypnose lorsqu'elle travaillait en interne.

Tableau 24 : Unités de signification concernant la facilitation des actes masso-kinésithérapiques auprès des patientes endométriosiques grâce à l'hypnose

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
<p>« L'hypnose nous apporte le savoir-être avec le patient en fait, pour faciliter le savoir-faire »</p> <p>« avec l'hypnose en fait, on suit le même traitement, on fait la même chose finalement, mais on le fait mieux »</p> <p>« on est content d'avoir plusieurs billes, plusieurs possibilités pour nous aider à traiter la douleur, pour essayer de l'adoucir »</p> <p>« j'utilise l'hypnose en association à d'autres techniques »</p> <p>« c'est souvent de la mobilisation, du massage »</p>	<p>« Des fois c'est juste dix minutes, et ce sera plus pour potentialiser ce que je fais en kiné »</p> <p>« Donc c'est vraiment inclus, c'est mélangé à la kiné »</p> <p>« oui bien sûr, pour que ça fonctionne mieux »</p> <p>« l'hypnose peut être reliée à des techniques de contracté-relâché, parce qu'en même temps que je lui envoie des suggestions, je lui fais faire un contracté-relâché »</p> <p>« Donc du coup on travaille en technique de kiné classique, [...] la pratique de l'hypnose fait partie de la prise en charge en fait »</p>	<p>« ça m'a permis d'avoir plus de cordes à mon arc et... et de débloquer des prises en charge [...] c'est un outil en plus »</p> <p>« l'hypnose associée à une technique de kiné en hands on »</p> <p>« elle arrive à se concentrer sur autre chose, et du coup, ça l'aide pour mieux supporter les techniques qu'on faisait »</p>	<p>« je sais que je peux leur proposer cet outil-là en plus du traitement classique »</p> <p>« ça m'est arrivé voilà de placer des patientes sous hypnose pendant qu'on massait, qu'on mobilisait ou ait besoin de travailler en interne avec de supers résultats »</p> <p>« On arrive à investir différemment la zone, qui est représentée comme une source de douleur et de souffrance... à partir de sensations beaucoup plus positives »</p>

4.3.3.4. Hypnose et alliance thérapeutique

L'ensemble des MK interrogées avaient convergé vers un renforcement de l'AT grâce à la communication hypnotique.

Grâce à sa formation en hypnose, Mme C avait indiqué qu'elle faisait preuve de plus d'écoute, de bienveillance et d'empathie envers ses patientes et qu'elle adoptait un discours plus rassurant. Selon elle, cela participait à consolider la relation thérapeutique de confiance.

Mme A ressentait être davantage en synchronisation avec ses patientes lorsqu'elle utilisait l'hypnose. Elle avait également témoigné que ces dernières se sentaient plus entendues et mises en confiance.

Pour Mme B, l'hypnose apportait une façon de communiquer lui permettant d'instaurer un climat bienveillant : ses patientes étaient placées dans de bonnes dispositions d'échanges.

L'hypnose optimisait également la communication de Mme D qui avait raconté observer une meilleure AT avec ses patientes endométriosiques. D'après elle, le recours à l'hypnose en séance contribuait à créer un vrai partenariat et une connexion patiente-thérapeute.

Tableau 25 : Unités de signification concernant le renforcement de l'AT grâce à l'hypnose

Mme A	Mme B	Mme C	Mme D
<p>« elles se sentent plus écoutées... elles nous font davantage confiance. On projette sur elles finalement un petit peu de bénéfice, elles se sentent entendues et c'est ça qui est important »</p> <p>« On est en synchronisation avec la patiente, on se met face à elle [...] et on peut même certaines fois fermer les yeux de la même manière qu'elle, de sorte à être vraiment ensemble »</p>	<p>« L'alliance thérapeutique elle est primordiale en fait »</p> <p>« une façon de parler aux patientes qui va faire en sorte que ça les mette dans des bonnes dispositions »</p> <p>« l'hypnose m'a permis de faire un travail sur ma communication thérapeutique... et à mieux écouter les patientes aussi, à instaurer un climat d'échanges bienveillant »</p>	<p>« on écoute... on essaye de toujours être le plus à l'écoute des patientes, le plus attentif à ce qu'elles nous confient »</p> <p>« c'est important d'avoir un discours le plus rassurant possible pour... pour qu'elles se sentent en confiance »</p> <p>« Je suis beaucoup plus sensible aux mots, plus à l'écoute aussi je trouve des... des patientes. Ça m'a amélioré mes capacités d'empathie et de bienveillance mine de rien. Je prends plus le temps d'écouter et de rassurer je trouve »</p> <p>« la relation thérapeutique... je veux dire, elle est difficilement quantifiable, mais j'ai l'impression qu'elle est plus forte oui »</p>	<p>« L'hypnose [...] permet d'optimiser ta communication avec la patiente, et donc naturellement tu as une meilleure alliance thérapeutique. Et pour ces femmes endométriose, c'est un élément primordial dans le traitement »</p> <p>« pour créer un vrai partenariat, une sorte de connexion entre toi et la patiente »</p>

DISCUSSION

1. Réponse à la problématique

L'objectif de ce travail de recherche était d'étudier les enjeux de l'intégration de l'hypnose dans la PES des patientes souffrant de douleurs chroniques liées à l'endométriose. Pour ce faire, nous souhaitons interroger plusieurs MK formés et pratiquant l'hypnose auprès de leurs patientes atteintes d'endométriose, dans le but de recueillir leurs connaissances et leurs expériences professionnelles.

Les entretiens semi-directifs que nous avons menés nous ont apporté plusieurs éléments de réponse intéressants à discuter.

1.1. Apports de l'hypnose sur la douleur

Les participantes rapportaient unanimement une diminution de la sensation douloureuse chez leurs patientes atteintes de douleurs chroniques liées à l'endométriose. Mme D nous expliquait même avoir obtenu de réels résultats d'amélioration avec des patientes pour lesquelles la sensation douloureuse n'évoluait pas. Ces résultats rejoignent ainsi ceux de la méta-analyse de Thompson et al. [72] qui a prouvé que l'hypnose produisait un effet antalgique significatif pour la majorité des patients douloureux chroniques. Théo Chaumeil a également développé cet argument dans son étude [77].

En outre, les enquêtées expliquaient utiliser l'hypnose formelle, soit seule pendant une séance, soit associée à d'autres techniques masso-kinésithérapiques tels que le massage thérapeutique, le contracté-relâché ou encore les mobilisations. Ainsi, elles nous précisaient pratiquer régulièrement leurs techniques de rééducation simultanément à des exercices d'hypnose formelle :

- La **réification** était particulièrement pratiquée par Mme B et Mme C lorsque la douleur de leurs patientes était trop intense. Elles demandaient à ces dernières d'associer leur douleur à un objet imaginé (couleur, forme, texture, température etc.) puis les guidaient, grâce à diverses suggestions, afin de le transformer en un objet « plus doux et plus confortable ». Par exemple, nous pouvons imaginer l'association d'un massage périnéal chez une patiente souffrant de dyspareunies avec un exercice de réification, lorsque cette dernière nous décrit « avoir des lames de couteau tranchante dans le vagin » (patiente de Mme D). Ainsi, par un focus attentionnel interne, cet exercice d'hypnose viserait à modifier la représentation corporelle des patientes et favoriserait le soulagement de leur douleur en la rendant plus agréable et plus tolérable. Par conséquent, la technique de rééducation associée serait facilitée [67].

- La **création d'un lieu de sécurité** était un exercice régulièrement employé par Mme B et Mme D lorsque la douleur était plus latente. Au travers de suggestions, elles accompagnaient leurs patientes à élaborer un lieu positif « de confiance », où elles étaient libres d'y inclure les détails, les bruits et les personnes de leur choix. Cet exercice, en générant un focus attentionnel externe de projection dans un lieu rassurant, contribuerait à une meilleure acceptation de la sensation douloureuse des patientes et aiderait ainsi à l'exécution des techniques de PES.
- La **remémoration d'un souvenir positif** était souvent proposée par Mme C et Mme D. En effet, ces dernières nous expliquaient que le cerveau ne faisait pas la différence « entre ce que l'on fait pour de vrai, et ce que l'on imagine ». L'objectif était alors que les patientes se plongent dans un souvenir positif afin qu'elles ressentent de nouveau toutes les émotions et les sensations agréables associées. S'immerger dans un souvenir positif contribuerait ainsi au relâchement des patientes et favoriserait une meilleure perception de leur douleur.
- Enfin, hormis Mme A, l'ensemble des enquêtées évoquait utiliser l'exercice de la **respiration**. Selon elles, la respiration était en effet un élément indissociable de la rééducation du périnée. Par l'induction de diverses suggestions, elles amenaient les patientes à se focaliser davantage sur leur respiration plutôt que sur leur douleur. Cela leur permettrait ainsi de se détendre et de tolérer davantage leur ressenti douloureux.

Mme C nous soulignait également que les exercices d'hypnose formelle étaient construits « sur-mesure » en fonction des besoins spécifiques des patientes. En plus de pouvoir se combiner aux techniques de rééducation, l'hypnose serait donc un outil qui permettrait de s'adapter au contexte et aux problématiques douloureuses de chaque patiente.

Au-delà de l'utilisation de l'hypnose en séance, l'**autohypnose** peut intervenir en complément. L'étude d'Ogez et al. de 2024 [85] a démontré l'efficacité de l'autohypnose dans la PES de la douleur chronique : le programme « Hylado » a en effet permis aux participants de mieux gérer leur douleur et de réduire leur recours aux traitements antalgiques (opioïdes). Ces observations étaient également mises en lumière par les MK interrogées, puisqu'elles nous révélaient que l'autohypnose permettait à leurs patientes de reproduire à domicile les exercices appris en séance et ainsi de soulager leur douleur de manière autonome.

De plus, comme l'explique Piguet et al. dans leur récent article [86], la pratique régulière de l'autohypnose ancre les changements positifs ressentis et amplifie les effets bénéfiques sur la douleur. Par conséquent, l'autohypnose constituerait un outil complémentaire prometteur dans la PES de l'endométriose, permettant aux femmes de mieux gérer leur douleur au quotidien.

Enfin, notre étude a fait émerger des données que nous n'avions pas supposées. Mme B nous partageait en effet son observation que l'hypnose pouvait lever certains blocages émotionnels chez ses patientes, conduisant à une remise en mouvement et à une amélioration de leur état. Mme C, quant à elle, évoquait un regain de dynamisme chez ses patientes grâce à l'hypnose. Ainsi, cette pratique semblerait engager les patientes dans une spirale positive d'amélioration. Ce concept, absent de la littérature existante, mériterait d'être davantage exploré chez les patientes atteintes de douleurs chroniques liées à l'endométriose. Il serait d'ailleurs particulièrement intéressant de recueillir le point de vue des patientes sur ce sujet.

1.2. Apports de l'hypnose dans l'intégration du modèle bio-psycho-social

Tout d'abord, toutes les enquêtées rapportaient s'être formées à l'hypnose, car elles se sentaient démunies face à la complexité de la PES de la douleur chronique. Ce sentiment d'impuissance des soignants face à la persistance de la plainte et de la douleur des patients est également mis en avant dans la littérature. Comme le souligne Elodie Cavro, il est essentiel de « prendre conscience que nous ne prenons pas en charge la douleur, mais un patient douloureux chronique » [87]. Cela suggère donc la nécessité d'adopter une approche plus holistique dans le soin, où le corps et l'esprit sont indissociables. Mme C et Mme D exprimaient d'ailleurs le besoin de prendre davantage en compte l'aspect psychosocial dans leur PES, et regrettaient le manque d'outils pour traiter plus globalement leurs patientes. Ces témoignages illustrent les limites d'une approche purement biomédicale de la douleur chronique, et soulignent l'importance d'une PES bio-psycho-sociale globale de la douleur, quel que soit le type de pathologie traitée [34].

Par ailleurs, les enquêtées nous décrivaient que les femmes atteintes d'endométriose enduraient des douleurs chroniques qui altéraient considérablement leur quotidien. Leur vie sociale s'en trouvait altérée, tout comme leur capacités physiques et psychologiques. Les patientes témoignaient également d'un mal-être sur le plan mental : les MK interrogées observaient de l'anxiété et un manque de confiance et d'estime de soi chez leurs patientes.

Heureusement, l'hypnose offre une solution prometteuse pour soulager ces douleurs. Les MK remarquaient en effet une amélioration de l'état de stress de leurs patientes après avoir pratiqué l'hypnose en séance. Cet outil thérapeutique permettrait ainsi de réduire l'anxiété des patientes atteintes d'endométriose et d'apporter un sentiment de bien-être et d'apaisement. La littérature confirme d'ailleurs cette idée : l'hypnose favorise la réduction du stress et des symptômes dépressifs chez les patients atteints de fibromyalgie [88], une pathologie aux symptômes douloureux chroniques complexes.

Mme C rapportait que l'hypnose s'avérait également efficace pour améliorer la qualité du sommeil, souvent perturbé, de ses patientes. Comme le montre également l'étude d'Elkins et

al. [89], en facilitant l'endormissement et en réduisant les réveils nocturnes, l'autohypnose permet aux patients de dormir plus profondément et ainsi de mieux gérer le stress.

En outre, les enquêtées mettaient en avant l'importance de l'apprentissage de l'autohypnose dans l'autonomisation de leurs patientes. En apprenant à s'autohypnotiser, les patientes devenaient actrices de leur bien-être et reprenaient le contrôle de leur douleur. Ces propos sont confirmés par l'article de Piguet et al. [86], qui a montré que l'autohypnose permettait aux patients de reprendre un rôle actif dans leur PES.

Mme D développait quant à elle que la pratique de l'autohypnose renforçait le sentiment d'auto-efficacité des femmes face à leur pathologie. De ce fait, l'autohypnose améliorerait la confiance en soi et revaloriserait l'estime de soi des patientes.

Par conséquent, ces éléments soulignent que l'hypnose pourrait agir efficacement sur les facteurs psychosociaux tels que le stress, la fatigue, la confiance et l'estime de soi. Au regard de l'article de Freydier et al. de 2023 [90], l'hypnose contribuerait ainsi à améliorer la qualité de vie des patientes souffrant de douleurs chroniques d'endométriose et donc diminuerait leur irritabilité et leur sensibilité à la douleur. L'hypnose serait un moyen intéressant d'intégrer le modèle bio-psycho-social à la PES de l'endométriose.

1.3. Apports de l'hypnose pour la communication

D'après l'ensemble des enquêtées, l'hypnose conversationnelle était devenue un outil incontournable dans la majorité, voire la totalité, de leurs PES. Cette approche visait à privilégier une communication basée sur l'écoute active, la reformulation et l'emploi d'un vocabulaire positif. Mme A nous expliquait en effet que le cerveau avait tendance à se focaliser sur la négation, et donc qu'il était important de saturer les patientes de paroles positives.

Par ailleurs, les participantes nous témoignaient d'un impact positif de l'hypnose sur leur communication avec les patientes. Elles se disaient plus empathiques, bienveillantes et à l'écoute, ce qui se traduisait par un renforcement de l'AT. Selon la méta-analyse de Zolnierek et al., une communication adaptée favorise en effet une relation plus solide entre le thérapeute et le patient [91].

En outre, cette relation de confiance établie faciliterait l'implication active des patientes dans leur rééducation, un facteur déterminant dans l'atteinte des objectifs thérapeutiques fixés [91]. L'étude de Derksen et al. a d'ailleurs observé que les MK obtenaient une meilleure efficacité de leur PES grâce à une communication empathique [92].

Au regard de nos résultats et de la littérature, l'hypnose conversationnelle s'imposerait donc comme un outil précieux pour la PES des patientes souffrant de douleurs chroniques liées à

l'endométriose : elle permettrait en effet d'améliorer la communication, de renforcer l'alliance thérapeutique et, par conséquent, d'optimiser les résultats de la rééducation.

2. Représentativité de l'échantillon et degré de généralisation des résultats

La représentativité de notre échantillon par rapport à la population de MK formés et pratiquant l'hypnose auprès de patientes endométriosiques apparaît particulièrement difficile à évaluer. En effet, c'est principalement parce que nous avons remarqué un manque de données sur cette population de MK formés en France, que nous avons fait le choix d'échanger avec certains d'entre eux. Les participantes de notre étude ont d'ailleurs mis en avant le fait que l'intégration de l'hypnose était encore faiblement répandue dans la profession.

En outre, notre échantillon constitué de quatre MK était restreint par rapport à la population générale de MK exerçant en France, qui comptabilisait 97 790 inscrits au tableau de l'Ordre au 1^{er} janvier 2022 [93]. Nous remarquons toutefois que trois de nos quatre MK interrogées pratiquent en milieu libéral, ce qui les inclut parmi les 85,1 % de MK exerçant en cabinet libéral en France. De plus, la moyenne d'âge de notre échantillon, qui est de 47 ans, est proche de l'âge moyen des MK en France en 2022, qui était de 41,31 ans. A cette même date, nous notons que les femmes MK représentaient 51,4 % de la population générale de MK, pour 48,6% d'hommes MK. Or, notre échantillon réunissait exclusivement des femmes. Plus largement, nous remarquons que dans l'annuaire de l'IFH, 14 femmes MK formées à l'hypnose (77,8 %) étaient répertoriées, pour seulement 4 hommes MK formés à l'hypnose (22,2 %). L'annuaire de l'IPPP présente également une grande majorité de femmes MK formées à la PES de l'endométriose. Ainsi, même avec des échantillons plus conséquents, nous n'aurions pu obtenir une répartition homme-femme équilibrée conforme à la proportion nationale des MK. Par conséquent, bien que nous ayons atteint une saturation des données, la généralisation de nos résultats semble compromise.

3. Limites et biais de l'étude

Malgré notre volonté de suivre une démarche de recherche la plus rigoureuse possible, notre étude n'est pas exempte de limites ou de biais méthodologiques.

Tout d'abord, le choix de nos participants présente une limite. Il existe en effet peu de MK en France formés en hypnose et la pratiquant auprès de patientes souffrant d'endométriose. Nous avons ainsi volontairement utilisé des critères d'inclusion larges afin de garantir un nombre suffisant de MK dans notre étude.

Par conséquent, il est compliqué de déterminer si nos participantes étaient les plus pertinentes pour nous fournir les données recherchées pour notre travail. Cela pourrait avoir généré un

biais de sélection [94], ce qui signifie que notre échantillon ne serait potentiellement pas représentatif de la population générale des MK formés.

Par ailleurs, notre étude s'adressait à des MK formés et pratiquant l'hypnose auprès de leurs patientes atteintes d'endométriose. De ce fait, leurs réponses à certaines de nos questions ont sans doute parfois été influencées par leurs propres intérêts, créant ainsi un **biais de participation** [94]. Il semble probable qu'à la question « *Existe-t-il des enjeux à intégrer l'hypnose dans la PES de vos patientes souffrant de douleurs d'endométriose ?* », leur discours ait manqué d'objectivité, étant donné qu'elles-mêmes utilisent cet outil avec leurs patientes.

En outre, notre démarche de recherche témoignait sans doute de notre intérêt pour le sujet. Il est donc possible que les réponses fournies par les MK aient été influencées par leur volonté de nous donner les informations qu'elles estimaient être celles que nous attendions ou espérions. On parle de **biais de désirabilité sociale** [84], phénomène se manifestant notamment par des questions comme celle de Mme A : « *j'espère que j'ai bien répondu à votre question ?* » ou bien des remarques comme celle de Mme C : « *pour vous, pour que vous ayez des réponses et que vous réalisiez au mieux votre mémoire* ». Par conséquent, lors de la passation de nos entretiens, nous avons veillé à faire preuve de la plus grande objectivité possible ainsi qu'à questionner nos participantes de la manière la plus neutre possible.

Enfin, il convient de noter que l'analyse thématique ne peut être totalement objective. De manière inhérente, un manque de neutralité de notre part a potentiellement pu influencer la création des thèmes illustrant nos résultats, puisque « tout analyste détient une posture et celle-ci ne va pas manquer de jouer dans la sélection des données du corpus qui s'avéreront pertinentes » [84]. Cela peut représenter un **biais d'évaluation**.

4. Intérêt clinique et perspectives

Notre étude semble être la première à rassembler des données quant à l'intégration de l'hypnose dans la PES des douleurs chroniques spécifiques à l'endométriose. Cela vient ainsi combler un manque de littérature sur le sujet. En effet, rares sont les études se concentrant uniquement sur l'utilisation de l'hypnose dans le traitement masso-kinésithérapique de douleurs chroniques liées à une pathologie périnéale bien précise.

En outre, cette exploration vient compléter la liste des différentes options thérapeutiques non médicamenteuses présentées dans les dernières recommandations de PES de l'endométriose de l'HAS [5]. Elle s'inscrit également dans la Stratégie Nationale de Lutte contre l'Endométriose lancée début 2022 par le Ministère des Solidarités et de la Santé [95], et dont l'un des axes d'orientation stratégique est de « renforcer la formation des professionnels »,

notamment médicaux et paramédicaux. Notre étude place ainsi les MK parmi les professionnels de santé privilégiés pour se former dans le but d'améliorer la qualité de vie des patientes souffrant d'endométriose.

Ce mémoire offre également la possibilité à la population générale de MK de découvrir l'hypnose et les bénéfices qu'elle pourrait leur apporter en l'intégrant à leur pratique. En effet, comme nous l'avons constaté avec l'endométriose, la PES des douleurs chroniques est parfois source de difficultés et peut placer le soignant dans une impasse thérapeutique. Par conséquent, l'intégration de cet outil permettrait aux MK de diversifier leur champ de compétences et d'enrichir leurs approches de rééducation, leur offrant ainsi un éventail de ressources plus large pour accompagner les patients douloureux chroniques.

D'autre part, comme les patientes endométriosiques, les personnes souffrant de douleurs chroniques sont souvent confrontées à une errance diagnostique, à un manque de considération de la part de certains professionnels de santé et à une incompréhension de la part de leur entourage concernant leur pathologie [96]. En tant que professionnels de santé, il est donc essentiel de savoir faire preuve d'écoute, de bienveillance et d'empathie envers ces patients. De plus, pour établir une relation de confiance optimale, il est nécessaire de maîtriser des outils de communication efficaces. Ainsi, il est essentiel de fournir aux MK une formation plus approfondie afin qu'ils puissent mieux accompagner les personnes souffrant de douleurs chroniques. Étant donné que l'hypnose conversationnelle s'est révélée bénéfique pour les patientes atteintes d'endométriose, il pourrait être intéressant de sensibiliser les futurs MK à sa pratique dès leur formation initiale. L'objectif serait de favoriser le développement de leurs compétences en communication.

Il semblerait également pertinent d'intégrer davantage le modèle bio-psycho-social dans les traitements masso-kinésithérapiques [97], notamment dans le cadre de la PES des patients souffrant de douleurs chroniques. Notre étude a en effet souligné que la douleur chronique affectait la qualité de vie des patientes atteintes d'endométriose et était influencée par de nombreux facteurs multidimensionnels (stress, manque de sommeil, faible estime de soi, isolement, sédentarité). Ainsi, plutôt que de se limiter à la PES des déficits purement physiques des patients, il est essentiel d'élargir les axes de traitement en tenant compte du modèle bio-psycho-social. Pour ce faire, il serait judicieux d'évaluer l'état de stress, l'apparition de symptômes dépressifs, l'estime de soi, le soutien social ainsi que le niveau d'activité des patients. Par conséquent comme l'ont recommandé Driver et al. [97], une formation plus approfondie sur les diverses méthodes psychosociales pourrait être mise en place à la fois pour les futurs MK et les MK diplômés. Parmi ces méthodes, l'hypnose apparaît comme un outil intéressant à utiliser pour la PES globale des douleurs chroniques.

Par ailleurs, nous avons remarqué que l'apprentissage de l'autohypnose par les patientes endométriosiques a grandement contribué à leur autonomisation et à une meilleure gestion de leur douleur. Dans le même esprit, il apparaît intéressant d'enseigner l'autohypnose aux patients souffrant de douleurs chroniques. En effet, en plus des résultats positifs observés lors des séances, l'hypnose constitue également un outil intéressant pour favoriser le gain d'autonomie des patients [66], un objectif de plus en plus recherché dans le monde de la santé ces dernières années. Enseigner l'autohypnose aux patients douloureux chroniques leur permettrait de devenir acteurs de leur propre bien-être et de détenir les clés nécessaires pour mieux gérer leurs sensations douloureuses.

Pour finir, ce travail de recherche a mis en lumière d'autres perspectives qui pourraient être pertinentes à approfondir.

D'une part, il serait intéressant de mener une étude auprès de patientes atteintes d'endométriose qui ont bénéficié de l'intégration de l'hypnose dans leur PES. Cela nous permettrait de recueillir leurs opinions et de bénéficier d'un regard différent sur notre sujet. Les patientes seraient probablement mieux placées pour décrire les effets de l'hypnose, et leurs témoignages nous aideraient à mieux comprendre son efficacité à long terme pour soulager leurs douleurs et améliorer leur qualité de vie de manière durable.

D'autre part, il pourrait être pertinent de croiser nos données avec celles provenant de MK n'intégrant pas l'hypnose à leur pratique. Nous pourrions ainsi mener des entretiens auprès de MK non formés à l'hypnose mais traitant des patientes atteintes d'endométriose. La comparaison des différents points de vue pourrait être enrichissante et permettrait sans doute de comprendre pourquoi ces MK ne se sont pas intéressés à l'hypnose.

CONCLUSION

Notre travail de recherche visait à étudier les enjeux de l'intégration de l'hypnose dans la PES des patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques d'endométriose.

Nos entretiens ont tout d'abord mis en évidence une diminution de la sensation douloureuse chez les patientes grâce à l'intégration de l'hypnose dans leur traitement. En détournant leur attention, l'hypnose facilite l'application des techniques de rééducation et inspire aux patientes une reprise d'activité les aidant à entrer dans un cercle vertueux de mieux-être. L'apprentissage de l'autohypnose par les MK donne également aux patientes le pouvoir de gérer leurs douleurs au quotidien, en les rendant autonomes et les plaçant au cœur de leur santé.

De plus, notre étude a révélé que les MK sont souvent confrontés à des échecs thérapeutiques dans le traitement des douleurs chroniques liées à l'endométriose. En ciblant les facteurs psychosociaux de la douleur, l'hypnose devient un outil complémentaire pertinent pour répondre aux besoins urgents d'une PES bio-psycho-sociale plus holistique et pour améliorer la qualité de vie des patientes.

Enfin, nos entretiens ont souligné que l'hypnose offre aux MK une nouvelle manière de communiquer, combinant écoute active, reformulations et langage positif. A travers l'hypnose conversationnelle, les MK renforcent leur empathie et leur bienveillance, éléments clés pour établir une relation optimale entre le patient et le thérapeute. Ainsi, l'hypnose améliore l'AT et favorise une plus grande efficacité dans les PES.

En conclusion, l'hypnose semble présenter de nombreux avantages à la PES des douleurs pelviennes chroniques liées à l'endométriose, du point de vue des MK formés à cette pratique. A la lumière de nos résultats et des données de la littérature, l'utilisation d'outils complémentaires tels que l'hypnose pour traiter ces douleurs est pertinente et offre aux MK une palette plus étendue de ressources thérapeutiques. Tout comme la communication, l'aspect psychosocial, indissociable du soin, pourrait être davantage approfondi en formation initiale. Il serait également intéressant de proposer une initiation à la pratique de l'hypnose.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] B. Borghese, P. Santulli, L. Marcellin, et C. Chapron, « Définition, description, formes anatomo-cliniques, pathogenèse et histoire naturelle de l'endométriose, RPC Endométriose CNGOF-HAS », *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, vol. 46, n° 3, p. 156-167, mars 2018, doi: 10.1016/j.gofs.2018.02.017.
- [2] C. Chapron, L. Marcellin, B. Borghese, et P. Santulli, « Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis », *Nat Rev Endocrinol*, vol. 15, n° 11, p. 666-682, nov. 2019, doi: 10.1038/s41574-019-0245-z.
- [3] C. Huchon, G. Aubry, S. Ploteau, et A. Fauconnier, « Signes spécifiques cliniques évocateurs de l'endométriose (hors adénomyose) et questionnaires de symptômes, de douleur et qualité de vie, RPC Endométriose CNGOF-HAS », *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, vol. 46, n° 3, p. 168-176, mars 2018, doi: 10.1016/j.gofs.2018.02.022.
- [4] M. P. Andres, G. M. Borrelli, et M. S. Abrão, « Endometriosis classification according to pain symptoms: can the ASRM classification be improved? », *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, vol. 51, p. 111-118, août 2018, doi: 10.1016/j.bpobgyn.2018.06.003.
- [5] L. Gourbail, « Haute Autorité de santé », p. 39, 2017.
- [6] A. Kienlen, C. Fernandez, Z. Henni-Laleg, M. Andre, V. Gazaille, et N. Coolen-Allou, « Endométriose thoracique compliquée de pneumopéricarde et pneumothorax itératifs sur dystrophie bulleuse », *Revue de Pneumologie Clinique*, vol. 74, n° 2, p. 104-108, avr. 2018, doi: 10.1016/j.pneumo.2018.01.005.
- [7] N. Bourdel, A. Comptour, P. Chauvet, et M. Canis, « Douleurs et endométriose », *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, vol. 21, n° 1, p. 3-10, févr. 2020, doi: 10.1016/j.douler.2019.11.001.
- [8] F. Gallard, F. Comby, et A. Desmoulière, « L'endométriose ou les endométrioses ? », *Actualités Pharmaceutiques*, vol. 53, n° 538, p. 16-19, sept. 2014, doi: 10.1016/j.actpha.2014.06.004.
- [9] L. Velemir *et al.*, « Physiopathologie de l'endométriose », *EMC - Gynécologie*, vol. 3, n° 3, p. 1-16, janv. 2008, doi: 10.1016/S0246-1064(08)44636-4.
- [10] A. S. Laganà *et al.*, « The Pathogenesis of Endometriosis: Molecular and Cell Biology Insights », *Int J Mol Sci*, vol. 20, n° 22, p. 5615, nov. 2019, doi: 10.3390/ijms20225615.
- [11] J. L. Simpson, S. Elias, L. R. Malinak, et V. C. Buttram, « Heritable aspects of endometriosis », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 137, n° 3, p. 327-331, juin 1980, doi: 10.1016/0002-9378(80)90917-5.
- [12] P. Vercellini, O. De Giorgi, G. Aimi, S. Panazza, A. Uglietti, et P. G. Crosignani, « Menstrual characteristics in women with and without endometriosis », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 90, n° 2, p. 264-268, août 1997, doi: 10.1016/S0029-7844(97)00235-4.
- [13] M. Wei, Y. Cheng, H. Bu, Y. Zhao, et W. Zhao, « Length of Menstrual Cycle and Risk of Endometriosis: A Meta-Analysis of 11 Case-Control Studies », *Medicine (Baltimore)*, vol. 95, n° 9, p. e2922, mars 2016, doi: 10.1097/MD.0000000000002922.
- [14] F. Parazzini *et al.*, « A metaanalysis on alcohol consumption and risk of endometriosis », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 209, n° 2, p. 106.e1-10, août 2013, doi: 10.1016/j.ajog.2013.05.039.
- [15] « Risk factors for pelvic endometriosis in women with pelvic pain or infertility. Gruppo Italiano per lo Studio dell' endometriosi », *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol. 83, n° 2, p. 195-199, avr. 1999, doi: 10.1016/s0301-2115(98)00332-7.

- [16] A. Sk *et al.*, « Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action », *American journal of obstetrics and gynecology*, vol. 220, n° 4, avr. 2019, doi: 10.1016/j.ajog.2018.12.039.
- [17] D. Delavierre, J. Rigaud, L. Sibert, et J.-J. Labat, « Définitions, classifications et lexique des douleurs pelvipérinéales chroniques », *Progrès en Urologie*, vol. 20, n° 12, p. 853-864, nov. 2010, doi: 10.1016/j.purol.2010.08.070.
- [18] Y. Alimi, J. Iwanaga, R. J. Oskouian, M. Loukas, et R. S. Tubbs, « The clinical anatomy of dyspareunia: A review », *Clin Anat*, vol. 31, n° 7, p. 1013-1017, oct. 2018, doi: 10.1002/ca.23250.
- [19] H. Roman, N. Bourdel, J. Rigaud, D. Delavierre, J.-J. Labat, et L. Sibert, « Endométriose et douleurs pelvipérinéales chroniques », *Progrès en Urologie*, vol. 20, n° 12, p. 1010-1018, nov. 2010, doi: 10.1016/j.purol.2010.08.007.
- [20] A. Fauconnier et C. Chapron, « Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications », *Hum Reprod Update*, vol. 11, n° 6, p. 595-606, 2005, doi: 10.1093/humupd/dmi029.
- [21] F. Mach, H. Marchandin, et F. Bichon, « Les dysménorrhées, des troubles qui altèrent la qualité de vie », *Actualités Pharmaceutiques*, vol. 60, n° 604, p. 42-45, mars 2021, doi: 10.1016/j.actpha.2021.01.013.
- [22] H. Fernandez, A. Barea, et I. Chanavaz-Lacheray, « Prevalence, intensity, impact on quality of life and insights of dysmenorrhea among French women: A cross-sectional web survey », *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, vol. 49, n° 10, p. 101889, déc. 2020, doi: 10.1016/j.jogoh.2020.101889.
- [23] E. B. Janssen, A. C. M. Rijkers, K. Hoppenbrouwers, C. Meuleman, et T. M. D'Hooghe, « Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhea or chronic pelvic pain: a systematic review », *Hum Reprod Update*, vol. 19, n° 5, p. 570-582, 2013, doi: 10.1093/humupd/dmt016.
- [24] N. Bourdel, P. Chauvet, et M. Canis, « Stratégies diagnostiques dans l'endométriose, RPC Endométriose CNGOF-HAS », *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, vol. 46, n° 3, p. 209-213, mars 2018, doi: 10.1016/j.gofs.2018.02.008.
- [25] K. Nicolaus, L. Reckenbeil, D. Bräuer, R. Sczesny, H. Diebolder, et I. B. Runnebaum, « Cycle-related Diarrhea and Dysmenorrhea are Independent Predictors of Peritoneal Endometriosis, Cycle-related Dyschezia is an Independent Predictor of Rectal Involvement », *Geburtshilfe Frauenheilkd*, vol. 80, n° 3, p. 307-315, mars 2020, doi: 10.1055/a-1033-9588.
- [26] J. V. Aredo, K. J. Heyrana, B. I. Karp, J. P. Shah, et P. Stratton, « Relating Chronic Pelvic Pain and Endometriosis to Signs of Sensitization and Myofascial Pain and Dysfunction », *Semin Reprod Med*, vol. 35, n° 1, p. 88-97, janv. 2017, doi: 10.1055/s-0036-1597123.
- [27] H. Bouchenaki, M. Bégou, L. Magy, R. Hajj, et C. Demiot, « Les traitements pharmacologiques des douleurs neuropathiques », *Thérapies*, vol. 74, n° 6, p. 633-643, déc. 2019, doi: 10.1016/j.therap.2019.04.003.
- [28] S. N. Raja *et al.*, « The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises », *Pain*, vol. 161, n° 9, p. 1976-1982, sept. 2020, doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939.
- [29] P. Bertin et P. Vergne-Salle, « Douleur et inflammation », *Revue du Rhumatisme*, vol. 86, p. A25-A29, nov. 2019, doi: 10.1016/S1169-8330(19)30354-0.
- [30] D. M. Klyne, G. L. Moseley, M. Sterling, M. F. Barbe, et P. W. Hodges, « Are Signs of Central Sensitization in Acute Low Back Pain a Precursor to Poor Outcome? », *J Pain*, vol. 20, n° 8, p. 994-1009, août 2019, doi: 10.1016/j.jpain.2019.03.001.

- [31] P. Stratton et K. J. Berkley, « Chronic pelvic pain and endometriosis: translational evidence of the relationship and implications », *Human Reproduction Update*, vol. 17, n° 3, p. 327-346, mai 2011, doi: 10.1093/humupd/dmq050.
- [32] M. Freyrier *et al.*, « Approche clinique de la douleur pelvi-périnéale chronique : une démarche classique, de l'interrogatoire aux critères diagnostiques », *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, vol. 23, n° 3, p. 126-131, juin 2022, doi: 10.1016/j.douler.2022.05.005.
- [33] C. E. Martin, E. Johnson, M. E. Wechter, J. Leserman, et D. A. Zolnoun, « Catastrophizing: a predictor of persistent pain among women with endometriosis at 1 year », *Hum Reprod*, vol. 26, n° 11, p. 3078-3084, nov. 2011, doi: 10.1093/humrep/der292.
- [34] L. Rousseau et M. Bacelon, « Facteurs psychosociaux, douleur et kinésithérapie », *Kinésithérapie, la Revue*, vol. 17, n° 186, p. 33-43, juin 2017, doi: 10.1016/j.kine.2017.01.009.
- [35] A. Leroy, H. Azais, C. Garabedian, S. Bregegere, C. Rubod, et F. Collier, « Psychologie et sexologie : une approche essentielle, du diagnostic à la prise en charge globale de l'endométriose », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, vol. 44, n° 6, p. 363-367, juin 2016, doi: 10.1016/j.gyobfe.2016.03.017.
- [36] N. Bourdel, J. Alves, G. Pickering, I. Ramilo, H. Roman, et M. Canis, « Systematic review of endometriosis pain assessment: how to choose a scale? », *Hum Reprod Update*, vol. 21, n° 1, p. 136-152, 2015, doi: 10.1093/humupd/dmu046.
- [37] J. S. Gallagher, A. D. DiVasta, A. F. Vitonis, V. Sarda, M. R. Laufer, et S. A. Missmer, « The Impact of Endometriosis on Quality of Life in Adolescents », *J Adolesc Health*, vol. 63, n° 6, p. 766-772, déc. 2018, doi: 10.1016/j.jadohealth.2018.06.027.
- [38] N. Fritzer *et al.*, « More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis », *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol. 169, n° 2, p. 392-396, juill. 2013, doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.04.001.
- [39] M. Bazot et E. Daraï, « Diagnosis of deep endometriosis: clinical examination, ultrasonography, magnetic resonance imaging, and other techniques », *Fertil Steril*, vol. 108, n° 6, p. 886-894, déc. 2017, doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.10.026.
- [40] S. Bendifallah *et al.*, « Salivary MicroRNA Signature for Diagnosis of Endometriosis », *J Clin Med*, vol. 11, n° 3, p. 612, janv. 2022, doi: 10.3390/jcm11030612.
- [41] J. Marjoribanks, R. O. Ayeleke, C. Farquhar, et M. Proctor, « Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea », *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 2015, n° 7, p. CD001751, juill. 2015, doi: 10.1002/14651858.CD001751.pub3.
- [42] A. Zanelotti et A. H. Decherney, « Surgery and Endometriosis », *Clin Obstet Gynecol*, vol. 60, n° 3, p. 477-484, sept. 2017, doi: 10.1097/GRF.0000000000000291.
- [43] C. Fisher, J. Adams, L. Hickman, et D. Sibbritt, « The use of complementary and alternative medicine by 7427 Australian women with cyclic perimenstrual pain and discomfort: a cross-sectional study », *BMC Complement Altern Med*, vol. 16, p. 129, mai 2016, doi: 10.1186/s12906-016-1119-8.
- [44] M. P. Andres, F. V. L. Arcoverde, C. C. C. Souza, L. F. C. Fernandes, M. S. Abrão, et R. M. Kho, « Extrapelvic Endometriosis: A Systematic Review », *J Minim Invasive Gynecol*, vol. 27, n° 2, p. 373-389, févr. 2020, doi: 10.1016/j.jmig.2019.10.004.
- [45] F. Álvarez-Salvago *et al.*, « Chronic Fatigue, Physical Impairments and Quality of Life in Women with Endometriosis: A Case-Control Study », *IJERPH*, vol. 17, n° 10, p. 3610, mai 2020, doi: 10.3390/ijerph17103610.

- [46]Aken, M.A.W. van *et al.*, « Experimental pain tolerance is decreased and independent of clinical pain intensity in patients with endometriosis », *Fertility and Sterility*, vol. 110, p. 1118-1128, 2018, doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.06.040.
- [47]C. Donzé, « Fibromyalgie et déconditionnement musculaire : déduction thérapeutique », *Revue du Rhumatisme*, vol. 70, n° 4, p. 321-326, avr. 2003, doi: 10.1016/S1169-8330(03)00102-9.
- [48]K. I. Neijenhuijs *et al.*, « The Female Sexual Function Index (FSFI)-A Systematic Review of Measurement Properties », *J Sex Med*, vol. 16, n° 5, p. 640-660, mai 2019, doi: 10.1016/j.jsxm.2019.03.001.
- [49]M. Valiani, N. Ghasemi, P. Bahadoran, et R. Heshmat, « The effects of massage therapy on dysmenorrhea caused by endometriosis », *Iran J Nurs Midwifery Res*, vol. 15, n° 4, p. 167-171, 2010.
- [50]S. E. Apay, S. Arslan, R. B. Akpınar, et A. Celebioglu, « Effect of aromatherapy massage on dysmenorrhea in Turkish students », *Pain Manag Nurs*, vol. 13, n° 4, p. 236-240, déc. 2012, doi: 10.1016/j.pmn.2010.04.002.
- [51]F. Ghaderi, P. Bastani, S. Hajebrahimi, M. A. Jafarabadi, et B. Berghmans, « Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial », *Int Urogynecol J*, vol. 30, n° 11, p. 1849-1855, nov. 2019, doi: 10.1007/s00192-019-04019-3.
- [52]A. K. Srinivasan, J. D. Kaye, et R. Moldwin, « Myofascial dysfunction associated with chronic pelvic floor pain: management strategies », *Curr Pain Headache Rep*, vol. 11, n° 5, p. 359-364, oct. 2007, doi: 10.1007/s11916-007-0218-0.
- [53]E. A. Pastore et W. B. Katzman, « Recognizing myofascial pelvic pain in the female patient with chronic pelvic pain », *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, vol. 41, n° 5, p. 680-691, 2012, doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01404.x.
- [54]A. V. Gonçalves, N. F. Barros, et L. Bahamondes, « The Practice of Hatha Yoga for the Treatment of Pain Associated with Endometriosis », *J Altern Complement Med*, vol. 23, n° 1, p. 45-52, janv. 2017, doi: 10.1089/acm.2015.0343.
- [55]L. Zhao, H. Wu, X. Zhou, Q. Wang, W. Zhu, et J. Chen, « Effects of progressive muscular relaxation training on anxiety, depression and quality of life of endometriosis patients under gonadotrophin-releasing hormone agonist therapy », *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol. 162, n° 2, p. 211-215, juin 2012, doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.02.029.
- [56]T. A. A. Mira, P. C. Giraldo, D. A. Yela, et C. L. Benetti-Pinto, « Effectiveness of complementary pain treatment for women with deep endometriosis through Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS): randomized controlled trial », *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol. 194, p. 1-6, nov. 2015, doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.07.009.
- [57]P. Kannan et L. S. Claydon, « Some physiotherapy treatments may relieve menstrual pain in women with primary dysmenorrhea: a systematic review », *J Physiother*, vol. 60, n° 1, p. 13-21, mars 2014, doi: 10.1016/j.jphys.2013.12.003.
- [58]H.-Y. Bai, H.-Y. Bai, et Z.-Q. Yang, « Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation therapy for the treatment of primary dysmenorrhea », *Medicine (Baltimore)*, vol. 96, n° 36, p. e7959, sept. 2017, doi: 10.1097/MD.0000000000007959.
- [59]N. O. de Bernardes, A. Marques, C. Ganunny, et L. Bahamondes, « Use of intravaginal electrical stimulation for the treatment of chronic pelvic pain: a randomized, double-blind, crossover clinical trial », *J Reprod Med*, vol. 55, n° 1-2, p. 19-24, 2010.
- [60]B. Berghmans, « Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource », *Int Urogynecol J*, vol. 29, n° 5, p. 631-638, mai 2018, doi: 10.1007/s00192-017-3536-8.

- [61]A. Marques, L. Stothers, et A. Macnab, « The status of pelvic floor muscle training for women », *Can Urol Assoc J*, vol. 4, n° 6, p. 419-424, déc. 2010, doi: 10.5489/cuaj.10026.
- [62]M. Armour, J. Sinclair, K. J. Chalmers, et C. A. Smith, « Self-management strategies amongst Australian women with endometriosis: a national online survey », *BMC Complement Altern Med*, vol. 19, n° 1, p. 17, janv. 2019, doi: 10.1186/s12906-019-2431-x.
- [63]E. Awad, H. A. H. Ahmed, A. Yousef, et R. Abbas, « Efficacy of exercise on pelvic pain and posture associated with endometriosis: within subject design », *J Phys Ther Sci*, vol. 29, n° 12, p. 2112-2115, déc. 2017, doi: 10.1589/jpts.29.2112.
- [64]A. Coutté et A. Bioy, « Hypnose et neuropsychologie : quelles perspectives cliniques ? », *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, vol. 15, n° 85, p. 31-35, févr. 2015, doi: 10.1016/j.npg.2014.07.003.
- [65]J. P. Green, A. F. Barabasz, D. Barrett, et G. H. Montgomery, « Forging ahead: the 2003 APA Division 30 definition of hypnosis », *Int J Clin Exp Hypn*, vol. 53, n° 3, p. 259-264, juill. 2005, doi: 10.1080/00207140590961321.
- [66]Christine Cazard-Fillette, Chantal Wood, et Antoine Bioy, *Vaincre la douleur par l'hypnose et l'auto-hypnose*. in Solutions VIGOT. VIGOT, 2016.
- [67]J. Wehbe et Y. Safar, « Hypnose et kinésithérapie », *Kinésithérapie, la Revue*, vol. 15, n° 162, p. 20-30, juin 2015, doi: 10.1016/j.kine.2015.03.014.
- [68]M. Pellegrini, « L'hypnose éricksonienne dans la prise en charge de la douleur chronique », *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, vol. 9, n° 2, p. 65-70, avr. 2008, doi: 10.1016/j.douler.2008.02.009.
- [69]Olivier Lockert, *Hypnose*. IFHE EDITIONS, 2013.
- [70]A. Del Casale *et al.*, « Neural functional correlates of hypnosis and hypnoanalgesia: Role of the cingulate cortex », *Am J Clin Hypn*, vol. 64, n° 1, p. 53-61, août 2022, doi: 10.1080/00029157.2021.1895709.
- [71]A. Moreni et A. Barber, « Origines et histoire de l'hypnose », *Kinésithérapie, la Revue*, vol. 15, n° 162, p. 14-19, juin 2015, doi: 10.1016/j.kine.2015.03.015.
- [72]T. Thompson *et al.*, « The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials », *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, vol. 99, p. 298-310, avr. 2019, doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.02.013.
- [73]M. M. Berger *et al.*, « Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns », *Burns*, vol. 36, n° 5, p. 639-646, août 2010, doi: 10.1016/j.burns.2009.08.009.
- [74]G. Tan, D. H. Rintala, M. P. Jensen, T. Fukui, D. Smith, et W. Williams, « A randomized controlled trial of hypnosis compared with biofeedback for adults with chronic low back pain », *Eur J Pain*, vol. 19, n° 2, p. 271-280, févr. 2015, doi: 10.1002/ejp.545.
- [75]D. C. Hammond, « Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines », *Int J Clin Exp Hypn*, vol. 55, n° 2, p. 207-219, avr. 2007, doi: 10.1080/00207140601177921.
- [76]N. Zech, E. Hansen, K. Bernardy, et W. Häuser, « Efficacy, acceptability and safety of guided imagery/hypnosis in fibromyalgia - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials », *Eur J Pain*, vol. 21, n° 2, p. 217-227, févr. 2017, doi: 10.1002/ejp.933.
- [77]T. Chaumeil, « L'hypnose a-t-elle un intérêt en kinésithérapie ? », *Kinésithérapie, la Revue*, vol. 18, n° 194, p. 30, févr. 2018, doi: 10.1016/j.kine.2017.11.059.

- [78]L. Kohn et W. Christiaens, « Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances », *Reflets et perspectives de la vie économique*, vol. LIII, n° 4, p. 67-82, 2014, doi: 10.3917/rpve.534.0067.
- [79]Elsa Ramos, *L'entretien compréhensif en sociologie : usages, pratiques, analyses.*, Maison Colin. in Coursus. 2015.
- [80]G. Imbert, « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 102, n° 3, p. 23-34, 2010, doi: 10.3917/rsi.102.0023.
- [81]M. Gedda, « Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative », *Kinésithérapie, la Revue*, vol. 15, n° 157, p. 50-54, janv. 2015, doi: 10.1016/j.kine.2014.11.005.
- [82]R. Sauvayre, *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales.* 2013. doi: 10.3917/dunod.sauva.2013.01.
- [83]Alain Blanchet et Anne Gotman, *L'entretien*, 2e édition. Armand Colin, 2015.
- [84]P. Paillé et A. Mucchielli, « Chapitre 11. L'analyse thématique », in *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, vol. 4e éd., in Collection U, vol. 4e éd. , Paris: Armand Colin, 2016, p. 235-312. doi: 10.3917/arco.paill.2016.01.0235.
- [85]D. Ogez *et al.*, « Make me more comfortable: effects of a hypnosis session on pain perception in chronic pain patients », *Front Psychol*, vol. 15, p. 1362208, 2024, doi: 10.3389/fpsyg.2024.1362208.
- [86]V. Piguet, G. Zoutter, N. Cuddy, A. Forster, et M. Coen, « [Use of hypnosis in chronic pain : a setting in motion] », *Rev Med Suisse*, vol. 17, n° 744, p. 1210-1213, juin 2021.
- [87]É. Cavro, « Douleurs et intersubjectivité », *Le Journal des psychologues*, vol. 246, n° 3, p. 30-34, 2007, doi: 10.3917/jdp.246.0030.
- [88]M. Legand, M. J. Brennstuhl, J. Machado, L. Peter, L. Vismara, et C. Tarquinio, « Prise en charge psychothérapeutique de la fibromyalgie : une revue systématique », *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, vol. 20, n° 3, p. 89-108, juin 2019, doi: 10.1016/j.douler.2019.04.003.
- [89]G. Elkins *et al.*, « Hypnosis Intervention for Sleep Disturbances in Individuals with Mild Cognitive Impairment: A Randomized Pilot Study », *Int J Clin Exp Hypn*, vol. 72, n° 1, p. 16-28, 2024, doi: 10.1080/00207144.2023.2279672.
- [90]M. Freydier, C. Baude, M. Barmaki, F. Plantevin, et P. Arcagni, « Prise en charge de la douleur chez les patientes atteintes d'endométriose : proposition d'une stratégie thérapeutique », *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, vol. 24, n° 3, p. 147-155, juin 2023, doi: 10.1016/j.douler.2023.02.002.
- [91]K. B. H. Zolnierek et M. R. Dimatteo, « Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis », *Med Care*, vol. 47, n° 8, p. 826-834, août 2009, doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.
- [92]F. Derksen, J. Bensing, et A. Lagro-Janssen, « Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review », *Br J Gen Pract*, vol. 63, n° 606, p. e76-84, janv. 2013, doi: 10.3399/bjgp13X660814.
- [93]A. Quesnot, « RAPPORT 2022 SUR LA DÉMOGRAPHIE »:.
- [94]« Annexes », *L'Observatoire*, vol. Hors-série, n° 2, p. 110-111, 2022, doi: 10.3917/lobs.hs6.0110.
- [95]C. P. Raisenauer, « Stratégie nationale contre l'endométriose ».

- [96]Grisart, Jacques et Berquin, Anne, *La douleur ne me lâche pas - Comprendre la douleur chronique et s'en détacher.*, Edition Mardaga. (Belgium) Bruxelles, 2017.
- [97]C. Driver, G. P. Lovell, et F. Oprescu, « Physiotherapists' views, perceived knowledge, and reported use of psychosocial strategies in practice », *Physiother Theory Pract*, vol. 37, n° 1, p. 135-148, janv. 2021, doi: 10.1080/09593985.2019.1587798.

ANNEXES

Annexe I. Caractéristiques des différents types d'entretien qualitatif.....	91
Annexe II. Notice d'information et de consentement éclairé	92
Annexe III. Grille pour l'analyse thématique du contenu.....	93
Annexe IV. Retranscriptions des entretiens	94

Annexe I. Caractéristiques des différents types d'entretien qualitatif

Types d'entretien	Directif (ou dirigé)	Semi-directif (ou semi-directif)	Non-directif (ou non directif)
Type de discours	Suit rigoureusement l'ordre des questions posées	Structuré selon les grandes thématiques dont l'ordre est plus ou moins conditionné selon la réactivité de l'enquêté	Continu
Type de questions	Préparées en amont et posées selon un ordre précis	Organisées selon les thématiques du sujet. Servent de points de repère pour l'enquêteur	Aucune question n'est préparée en amont
Type de données recueillies	Partielles et relativement réduites	De bonne qualité et orientées vers un but défini	De très bonne qualité mais parfois hors sujet ou non pertinentes
Durée de passation	Rapide	Laps de temps raisonnable	Imprévisible

Annexe II. Notice d'information et de consentement éclairé

Notice d'information et de consentement éclairé

➤ **Enquêteur** :

Mme FROUIN Margaux,

Etudiante en 4^{ème} année de Masso-Kinésithérapie à l'Institut Limousin de Formation aux Métiers de la Réadaptation (ILFOMER) de Limoges.

Email : margaux.frouin@etu.unilim.fr

Numéro de téléphone : 06 16 56 13 20

➤ **Objectif des entretiens semi-dirigés** :

Comprendre l'intérêt de l'hypnose dans la prise en soins masso-kinésithérapique des douleurs pelviennes chroniques liées à l'endométriose.

➤ **Droits de l'enquêté** :

- Votre participation à cet entretien est volontaire. Vous êtes donc libre à tout instant d'y mettre un terme sans raison ni préavis et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Vous pouvez également, dans ces mêmes conditions, demander que les données soient détruites.
- Vos données et votre vie privée sont personnelles. Elles seront donc rendues anonymes et aucun renseignement permettant de révéler votre identité ne sera dévoilé. L'intégralité des données sera conservée dans un environnement sécurisé auquel seul l'enquêteur a accès. Ces données pourront être restituées et seront détruites une fois le processus de recherche achevé.

➤ **Enquêté** :

« Je soussigné.e Mme/M , accepte participer de mon plein gré à cet entretien.

J'autorise par la présente Mme *Margaux FROUIN* à enregistrer cet entretien.

Je l'autorise aussi à en traiter les données transcrites rendues anonymes :

- Dans le cadre d'une recherche scientifique à but non lucratif (mémoire)
- A des fins d'enseignement universitaire
- Pour une diffusion dans la communauté scientifique. »

Lieu et date :

Signature :

Annexe III. Grille pour l'analyse thématique du contenu

Thèmes	Sous-thèmes	Entretien 1	Entretien 2	Entretien ...
1	1. 1	<i>Verbatims.....</i>	.....	.....
	1. 2	.....	.....	.....
	1. 3	.....	.....	.....
2	2. 1	.....	.....	.....
	2. 2	.....	.....	.....
3	3. 1	.....	.....	.....
	3. 2	.....	.....	.....
Autres		.....	.....	.....

Annexe IV. Retranscriptions des entretiens

Entretien 1 avec Mme A

- Je vais démarrer l'enregistrement. Ok, alors pour démarrer : est-ce que vous pouvez vous présenter s'il-vous-plaît ?

- Oui, je m'appelle *****, j'exerce en tant que masseur-kinésithérapeute depuis 1984 et je pratique en rééducation périnéale féminine et masculine depuis plus d'une dizaine d'années à l'hôpital *****. En parallèle de l'hôpital, il m'arrive de donner des cours aux étudiants de kiné. Et donc... donc la rééducation périnéale a beaucoup évolué, et en particulier on a beaucoup plus de douleurs chroniques à traiter... c'est pour ça que je pratique depuis peu l'hypnose en séance...

- D'accord. Alors, depuis quand exactement du coup pratiquez-vous la prise en soin en pelvi-périnéologie ?

- Alors concernant particulièrement la pelvi-périnéologie, ça fait douze ans... oui douze treize ans.

- Ok. Vous avez suivi des formations dans ce domaine ?

- Oui tout à fait... tout à fait ! J'ai vite passé le DU pelvi-périnéal, et j'ai également suivi une formation chez Alister à Mulhouse... ensuite je suis allée également à Toulouse pour une formation sur notre appareil Phénix, qui nous aide bien ! Et... je suis allée également à Paris avec l'IPPP pour tout ce qui était prise en charge des problèmes anorectaux voilà. Donc voilà... et également une formation sur la thérapie manuelle mais ça c'était sur *****, donc formation qui est plus générale mais qui est importante aussi pour la rééducation périnéale. Et également donc... une formation d'hypnoalgésie, que j'ai demandé, pour répondre un peu à mes problèmes de prises en charge des patientes qui ont une douleur persistante...

- Ces formations ont-elles un lien avec la prise en soin des douleurs liées à l'endométriose ?

- Oui bien sûr, oui ! Il y en a qui sont liées à la douleur : aiguë mais aussi chronique.

- Ok. L'endométriose est une pathologie qui est relativement récente, est-ce que vous avez constaté une augmentation des prises en soin liées à cette dernière ?

- Alors oui parce qu'avant, l'endométriose était vécue un petit peu en isolé par les patientes malheureusement... et elle n'était pas toujours diagnostiquée. Et depuis quelques années effectivement, c'est mieux diagnostiqué ! De même que l'adénomyose, donc effectivement ça permet de prendre en charge un petit peu plus les patientes par derrière voilà. Donc je prends en charge les patientes au niveau de la douleur en particulier, puisque c'est ce qui est le plus important. Donc on commence avec de l'électrostimulation d'un nerf tibial postérieur, parce que ça nous permet aussi de diminuer la douleur... mais... parfois effectivement la douleur est quand même plus profonde, donc qu'il faut la traiter différemment. Donc d'avoir l'hypnose, ça va nous aider. Mais je ne veux pas en dire trop, trop vite [rires].

- D'accord, ça marche [rires]. Concernant justement l'hypnose : vous avez mentionné avoir été formée en hypnoalgésie c'est ça ? Quelle est votre formation en hypnose ?

- Oui c'est ça tout à fait, sur *****, par un groupe qui s'appelle Actlif voilà. Donc... et c'était une formation du CHU. C'était une formation en plusieurs modules de trois jours, puis trois jours et deux jours, donc ça fait une bonne semaine de formation. Avec de la pratique.

- Donc depuis combien de temps vous êtes formée l'hypnose ?

- C'était quand exactement... alors, c'était il n'y a pas très longtemps... c'était une formation que j'ai longtemps demandée, pendant trois ans d'affilée... et donc là ça fait deux ans simplement que je suis formée.

- D'accord très bien. Et qu'est-ce qui vous a amené à vous intéresser à l'hypnose ?

- Parce que je me sentais limiter dans ma pratique. Justement ces douleurs que l'on doit prendre en charge... certaines sont parfois très compliquées à prendre en charge. Toutes les douleurs chroniques sont compliquées à prendre en charge parce qu'on a beau faire et utiliser tout ce que nous pouvons avoir en rééducation pour les traiter, c'est compliqué. Mis à part les médicaments... quand certaines fois c'est trop difficile pour les patients... mais bon, ce n'est pas nous qui donnons les médicaments... donc on est content d'avoir plusieurs billes, plusieurs possibilités pour nous aider traiter la douleur, pour essayer de l'adoucir.

- Je comprends. Alors ensuite, plus précisément pour quelles indications pratiquez-vous l'hypnose ? Pour quel type de douleur ?

- Alors déjà, il faut que le patient accepte l'idée. Alors on explique bien entendu, bon... mais par contre il y a souvent une petite réticence, dans la mesure où l'hypnose a été un peu galvaudée et est connue beaucoup par les patients comme étant quelque chose qui est de l'ordre du spectacle, voilà. Donc ça, ça nous dessert énormément. Mais par contre, quand on explique bien aux patientes, et quand on commence à avoir un peu la confiance de la patiente, ça passe très bien. Elles sont très contentes d'avoir essayé une méthode qui est beaucoup plus douce voilà, et qui leur permet de refaire les exercices voilà, justement... l'hypnose, ce n'est pas quelque chose où l'on manipule les gens. C'est justement donner les moyens aux patients eux-mêmes de s'auto-aider au niveau de leur douleur. Alors pas de soigner, parce qu'on ne soigne pas totalement, mais de développer quand même un processus qui permet finalement... d'être mieux avec la douleur, de la diminuer en intensité, de diminuer le curseur etc. Et donc dans mon cas, j'utilise l'hypnose pour les douleurs chroniques très souvent.

- Ok. Est-ce qu'il y a des méthodes en particulier que vous pratiquez dans l'hypnose ?

- Alors dans l'hypnose moi je travaille beaucoup sur le lieu sécurisé, voilà, ça c'est la première chose... parce que ça permet à la patiente lorsqu'elle n'est pas très bien, et quand la douleur est un peu latente etc, d'aller se ressourcer et peut-être d'éviter de faire monter la pression. Et également, quand la douleur est trop violente et trop vive, quand on est en crise en fait... parce que dans la douleur chronique, il y a toujours une période de crise... à ce moment-là, j'utilise beaucoup la réification. C'est-à-dire que je demande à la patiente d'associer sa douleur à un

objet et je l'accompagne à le transformer. Généralement, on essaie de transformer l'objet en quelque chose de doux et agréable, avec lequel la patiente se sent bien, voilà. Donc oui ces deux exercices, je les utilise beaucoup.

- Ok, d'accord. Vous utilisez l'hypnose uniquement seule ou associée aussi à d'autres techniques de kiné ?

- Alors oui bien sûr, j'utilise l'hypnose en association à d'autres techniques. De toute façon l'hypnose ne représente qu'une partie de la séance, généralement lorsque la douleur est latente... Si vraiment la douleur est très prégnante, à ce moment-là oui, on peut faire une séance uniquement d'hypnose formelle. Après du coup, les techniques que j'utilise... c'est souvent de la mobilisation, du massage parfois également, voilà.

- Donc vous n'utilisez pas l'hypnose par exemple lors de vos massages ? Vous distinguez bien les deux moments ?

- Oui tout à fait, parce que sinon il y a le touché qui est là, et c'est vrai que... bon ça peut être utile à certains moments, mais pas tout le temps ! Alors également ce que j'utilise, c'est de temps en temps le gant magique. Par exemple, glacer une main et utiliser la main pour soigner la douleur. Mais tout le monde n'est pas réceptif à ce genre de choses.

- Concernant vos patientes, quels sont généralement leurs réactions et les retours lorsque vous pratiquez l'hypnose ?

- Elles ressortent de la séance contentes, souriantes et souvent étonnées. A la fin, elles ont l'impression qu'il y a eu une perte un peu de... elles ne savent plus où elles en sont au niveau du temps, voilà. Le temps s'est un peu arrêté, voilà. Voilà... J'espère que j'ai bien répondu à votre question...

- Oui, merci. Et avant que vous pratiquiez véritablement l'hypnose avec elles, avez-vous une manière de leur présenter cette technique ?

- Alors au début, on commence à en parler un peu en amont, et après j'attends que les patientes commencent à me dire des choses. Là actuellement, j'ai une patiente je lui en parle depuis trois séances, mais je sens qu'elle n'est pas encore prête, elle est tout de même intéressée mais elle n'est pas prête... Généralement on le sent. Là elle relance, elle sait qu'il y a cette technique qui peut être utilisée aussi dans le traitement de la douleur. Donc j'attends un petit peu que les gens soient entre guillemets mûrs, parce qu'il ne faut jamais forcer, voilà. Et puis ça demande aussi beaucoup d'explications, de rassurer, de signaler aux patientes que je ne ferai rien qu'elles ne veulent pas quoi, tout simplement, voilà. Je suis respectueuse de ce qu'elles décident, elles restent libres évidemment : au cours de la séance d'hypnose, elles peuvent ouvrir les yeux, discuter avec moi et reprendre l'exercice après, il n'y a pas de souci. C'est pas une manipulation [rires] voilà, surtout ! C'est ça qui est important à expliquer.

- D'accord. Ensuite selon vous, existe-t-il des enjeux à intégrer l'hypnose dans la prise en charge des patientes qui souffrent de douleurs spécifiquement d'endométriose ?

- Je pense que déjà, ce qui est très important c'est de leur permettre de diminuer le curseur de leur douleur, mais par elles-mêmes. C'est-à-dire qu'on va travailler avec elles sur une séance d'hypnose, mais le but c'est qu'après elles puissent le refaire à la maison. Mon objectif c'est justement que les patientes puissent être autonomes après. Alors... je ne sais pas si j'ai répondu à votre question... mais voilà... pour moi, c'est ça, l'apprentissage de l'autohypnose permet aux patientes de se soulager seules, après à domicile, et de gérer un peu mieux leur douleur seules. Parce qu'on ne sera pas toujours avec elles... et bon, les prises en charge ne seront pas toujours très longues dans le temps, donc c'est important de les rendre autonomes. Voilà, ça c'est très important.

- Aussi, sentez-vous depuis deux ans que vous êtes maintenant formée à l'hypnose, que vos séances sont facilitées par la pratique de l'hypnose ?

- Oui totalement, parce que les patientes sentent que l'on cherche à les aider réellement et que l'on prend en compte leur douleur, que l'on prend le temps de communiquer. Quand on est un petit peu plus, entre guillemets, alors là je mets tous les guillemets [rires]... « à l'aise » avec leur douleur, elles se sentent plus écoutées... elles nous font davantage confiance. On projette sur elles finalement un petit peu de bien-être, elles se sentent entendues et c'est ça qui est important. Souvent vous savez, c'est difficile d'admettre en tant que thérapeute... je veux dire...ça fait mal au thérapeute de voir parfois qu'il ne sait pas comment vraiment agir sur la douleur de ces patientes, voilà. Et ce malaise se ressent et ça se projette sur les patientes : « bon bah je ne peux rien faire pour vous ». C'est pour ça, qu'avec l'hypnose on dispose d'une clé supplémentaire, le coup de pouce pour les traiter, leur apporter quelque chose... et non seulement on peut leur apporter quelque chose sur le moment, mais également on leur donne la possibilité de se prendre en charge en autonomie et de vraiment diminuer leur douleur ensuite. C'est à dire qu'avec l'hypnose en fait, on suit le même traitement, on fait la même chose finalement, mais on le fait mieux ! C'est ce que disent les formateurs... « avec l'hypnose on fait la même chose, mais on le fait mieux », voilà. Aussi j'allais oublier, il y a tout un discours particulier avec l'hypnose. C'est mettre des mots toujours positifs, être toujours dans le positif et laisser le cerveau de la patiente travailler. L'hypnose est un outil rien que dans la communication aussi. Je ne dis jamais « est-ce que vous avez mal ? » mais plutôt « comment ça se passe pour vous aujourd'hui ? ». C'est important d'adopter un discours très positif. Alors j'ai mis très longtemps avant de savoir comment j'allais dire les choses... parce qu'on a l'habitude de demander « comment ça va ? », non, « ça se passe comment pour vous aujourd'hui ? » je trouve que c'est mieux, parce que c'est plus neutre... Dans les formulations aussi, essayer d'éviter tout ce qui est négation, tout ce qui est, qui... voilà. Parce que le cerveau ne comprend pas la négation et se focalise dessus. Lors des exercices d'hypnose, on va saturer de paroles positives comme « c'est confortable, c'est agréable, c'est doux, c'est joli ». Et en plus on utilise un petit peu tous les sens à la fois. Il y a des patientes qui sont plus réceptives à la vision, donc on va plutôt dire « c'est joli », on va décrire des couleurs claires, lumineuses et apaisantes, voilà. Il y a des patientes qui sont davantage dans le ressenti olfactif, donc on va aller chercher les odeurs, de la terre, de la nature, des fleurs etc. L'hypnose nous apporte le savoir-être avec le patient en fait, pour faciliter le savoir-faire.

- Pensez-vous du coup que l'hypnose améliore l'alliance thérapeutique ? la relation de confiance avec les patientes ?

- Ah oui ! Parce que déjà, il faut être en synchronisation avec la patiente pour faire une séance d'hypnose. On est en synchronisation avec la patiente, on se met face à elle. Si la patiente veut être assise, on est assis aussi. On se met en face d'elle et on peut même certaines fois fermer les yeux de la même manière qu'elle, de sorte à être vraiment ensemble. C'est important oui... très important.

- Ensuite, est-ce qu'il y a des critères ou des contextes particuliers qui vous conduisent à utiliser l'hypnose dans le cadre de la prise en charge d'une patiente qui est atteinte d'endométriose ?

- Alors on n'utilise pas toujours l'hypnose déjà. Le frein... c'est la patiente qui veut ou qui ne veut pas. Après généralement, il n'y a aucune patiente atteinte d'endométriose qui ne peut pas participer une hypnoalgésie. En fait c'est en fonction du contexte, c'est quand on sent que l'on a besoin d'autres choses, qu'on est vraiment limité et que le patient a besoin qu'on lui donne un outil différent et supplémentaire pour s'auto-traiter au niveau de la douleur, voilà.

- D'accord ok. Est-ce que vous constatez aussi qu'il y a un profil « type » de patiente qui sont davantage réceptives à l'hypnose ? Selon leur âge, leur catégorie socioprofessionnelle ou leurs antécédents que ce soit personnels ou médicaux...

- Alors à partir du moment où on propose aux patientes de les aider au niveau de leur douleur, je trouve que... parfois c'est que le chemin se fait un peu plus lentement pour qu'elles acceptent d'essayer parce ce sont des gens qui sont généralement très terre-à-terre donc voilà. Mais elles acceptent toujours, parce que quand la douleur est vraiment trop importante, elles sont contentes qu'on leur propose quelque chose. Pour moi il n'y a pas tellement de profil « type ». C'est plutôt la façon dont nous on va leur proposer et leur amener les choses... On ne le propose pas de la même façon avec toutes les patientes, on s'adapte. Et c'est après, il faut laisser venir les patientes, il ne faut pas les presser. Naturellement si elles sont intéressées, elles en reparlent...

- Ok. Pour conclure, quelles ont été vos motivations à participer à cette étude ?

- Déjà parce que je trouve que c'est intéressant que des étudiants s'intéressent à des techniques, comme ici l'hypnose, qui permettent de soulager les patients. Je pense qu'au cours de votre activité professionnelle vous serez tous amenés à être un peu... entre guillemets « démunis » certaines fois, en voyant des patients qui ont mal et vous êtes censés vous occuper d'eux, et je pense que l'hypnose est un très bon outil. J'ai demandé cette formation pendant trois ans avant de l'obtenir, et c'est vraiment parce que certaines fois... moi aussi je me trouvais démunie... donc je trouve que c'est important de savoir qu'il existe des choses qui sont non médicamenteuses voilà, et que le patient peut refaire les exercices simplement à la maison pour s'auto-traiter. C'est une liberté qu'on donne aux patientes.

- Merci. Est-ce que vous avez des questions ou bien des remarques particulières pour clore cet entretien ?

- Non, je trouve qu'il est très bien mené et puis je pense que ça peut vous donner beaucoup de choses à travailler. C'est très bien, c'est très bien ! Mais il faut persévérer et il faut aller plus loin, parce que c'est vraiment un outil qu'il faut avoir dans sa petite besace de professionnels

de santé, alors attention ce n'est pas la panacée non plus [rires] ! Parce que je trouve que depuis quelques années on a beaucoup de patients qui ont des douleurs un peu particulières, un peu bizarres, et qui ne correspondent pas à grand-chose... on ne sait pas comment les traiter parfois... Donc c'est important de connaître ce bel outil !

- Ecoutez je vous remercie énormément pour toutes vos réponses, votre exhaustivité et votre temps. Je vais couper l'enregistrement.

Entretien 2 avec Mme B

- Je démarre l'enregistrement. Dans un premier temps j'aimerais mieux vous connaître. Donc est-ce que vous pouvez vous présenter s'il-vous-plaît ?

- Oui donc je m'appelle *****, j'ai 47 ans je suis masseur-kinésithérapeute diplômée d'état depuis 2001. J'ai une activité donc libérale où je suis... où j'ai essentiellement deux spécialités. Je ne fais que de la rééducation du périnée et de la rééducation des cancers de sein. A côté de ça je suis également... je donne aussi des cours de gym thérapeutique adaptés. Et donc je suis formée en hypnose : j'ai commencé mes premières formations d'hypnose en 2017 et l'année dernière j'ai passé le diplôme universitaire à Bordeaux d'hypnose médicale et thérapeutique, où l'objet de mon mémoire était justement « rééducation périnéale et hypnose ».

- Ok, ça marche. Alors, quelles formations avez-vous suivies en pelvi-périnéologie ?

- Alors... ma première formation de rééducation périnéale je l'ai faite en sortant de l'école, donc en 2002. J'avais fait un... à l'époque ça s'appelait une attestation universitaire à la fac de Limoges. Donc c'est une formation sur quinze jours avec un stage pratique et tout ça... Donc ça, ça m'a bien mis le pied à l'étrier pour la rééducation du périnée. Et après j'ai fait tout un tas de formations complémentaires des fois de deux jours ou de trois jours. Il y en a vraiment un gros paquet « ... donc... grosso modo j'ai fait pas mal de formations avec De Gasquet, avec l'IPPP aussi bien sûr, avec l'EIRPP aussi. Donc les organismes de formation qui font essentiellement du périnée quoi.

- Ok. Et toutes ces formations : ont-elles un lien avec la prise en charge des douleurs liées à l'endométriose ?

- Non pas directement... franchement les douleurs chroniques ça a commencé... alors... comment ça a commencé les douleurs chroniques ? Je... en fait l'endométriose, je dirais que c'est assez récent que je la prends en charge. Je n'ai pas encore fait de formation spécifique « endométriose et kiné », j'ai fait des formations spécifiques « douleurs chroniques périnéales et kinés », où dans les douleurs chroniques périnéales il y a du vaginisme, des dyspareunies, des vulvodynies, de l'endométriose, voilà... Donc ça, je pense que j'ai fait cette formation sur les douleurs chroniques il y a... je pense que c'était il y a trois ans. Et j'avais déjà passé en 2018-2019 un DU sur la douleur : « Prise en charge de la douleur ». Et donc en fait, déjà 2018-2019 j'avais déjà pas mal de patientes avec des douleurs chroniques, alors pas que de l'endométriose, mais des douleurs chroniques pour tout type de maladie. Mais ces formations m'ont aidé à améliorer mes prises en charge de patientes avec de l'endométriose oui.

- Ok. L'endométriose est une pathologie qui est relativement récente. Est-ce que vous avez constaté une augmentation de vos prises en charge liées à cette pathologie ?

- Euh... oui quand même... oui parce qu'avant on ne consultait jamais en kiné. On consultait pas du tout pour l'endométriose. Là maintenant un peu plus... oui, je dirais oui !

- Ok, ça marche. Ensuite concernant maintenant l'hypnose : pouvez-vous me parler de vos formations en hypnose ?

- J'ai commencé... donc... je pense j'ai commencé en 2017, au centre Quintessence, qui est un centre de formation à Gradignan, où tout le monde peut se former : c'est-à-dire que, vous êtes boucher, charcutier, vous voulez faire de l'hypnose, vous pouvez vous former. Vous êtes médecin, kiné, sage-femme, infirmière, vous pouvez vous former. Donc ils prennent un peu tout le monde en fait. Donc j'ai commencé par cette formation généraliste, parce que justement... donc le DU hypnose était déjà réservé aux gens qui faisaient le DU douleur. En fait quand on est kiné ou infirmière, si on veut faire le DU hypnose à Bordeaux, il faut d'abord passer par le DU douleur. C'est pour ça que j'ai passé le DU sur la douleur aussi, parce que je voulais à terme me former en hypnose. Donc du coup, j'ai commencé par cette formation : ce sont des formations qui durent quinze jours à peu près, étalées sur une année, enfin sur plusieurs mois. J'ai fait deux formations de quinze jours, dans ce qu'ils appellent dans leur jargon « praticien et maître praticien en hypnose ». Après j'ai fait une formation d'autohypnose, et là c'était avec un centre... ça s'appelle « Emergence » en fait, et c'est pour les professionnels de santé, c'est plus spécifique. Après toujours avec « Emergence », j'ai aussi fait une formation « hypnose et le corps », donc là aussi ouvert uniquement aux professionnels de santé. Et après... qu'est-ce que j'ai fait d'autre... j'ai fait... Ce sont les principales je pense ! Après du coup je suis partie sur le DU.

- D'accord ok, ça marche. Quelles sont ensuite les raisons qui vous ont amené à vous intéresser à l'hypnose ?

- D'une part moi j'ai eu mon fils en 2009, et ma fille en 2011. Lors de mes grossesses en fait... je faisais déjà beaucoup de rééducation du périnée et tout ça, et je voulais me diriger le plus possible vers un accouchement physiologique. Et de ce fait, je me suis renseignée sur toutes les techniques qu'on pouvait utiliser pour accoucher de manière la plus naturelle possible. Donc je suis tombée effectivement sur l'hypnose, la sophrologie, les choses comme ça... En 2009 du coup, je l'ai fait en tant que... comment dire... en tant qu'autodidacte, parce que je n'ai pas trouvé à l'époque de sage-femme qui faisait ça. Donc du coup par moi-même, en lisant des bouquins, je me suis un peu autohypnotisée pour préparer ma grossesse, pour préparer mon accouchement et tout ça... Je voulais accoucher sans péridurale, chose que j'ai réussi à faire ! Donc déjà là, dans un premier temps, je me suis dit : « franchement, il y a des façons de travailler intéressantes ». Au début c'était beaucoup une approche respiratoire et de... un peu d'autohypnose. Mais je ne savais pas encore complètement ce que je faisais... voilà, je le faisais un peu sans vraiment savoir. Donc du coup ça a marché. Puis en 2011 quand je suis retombée enceinte, je me suis dit que je voulais refaire la même chose mais cette fois-ci je voulais me faire un peu plus accompagner. Donc j'ai été avec une sage-femme qui faisait de l'hypnose et de la sophrologie. Donc là j'ai vraiment suivi son cursus et tout ça. Donc à nouveau j'ai pu accoucher sans péridurale, et donc je me suis dit : « bon l'hypnose a vraiment de fortes capacités ! », enfin j'ai trouvé ça super quoi ! Voilà... du coup après ça, je

n'ai pas eu tout de suite l'idée de me dire que j'allais me former ou que j'allais l'utiliser pour mes patientes. Au départ c'était vraiment juste une expérience personnelle ! Et petit à petit, en étant confrontée dans mon travail à des patients qui ont des douleurs chroniques, qui avaient du mal à s'en sortir et tout ça... je me suis dit : « tiens, ça peut vraiment être intéressant de l'utiliser ! ». Puis après, franchement voilà... quand on travaille avec le corps, on se rend bien compte que c'est intimement lié avec l'esprit, et que finalement tout est imbriqué. Et je trouve, en tout cas à mon époque... enfin quand j'ai fait mes études de kiné, qu'on restait vraiment énormément axé sur le corps. Il n'y avait pas d'approche... alors sans être psychologue bien sûr... pas d'approche psychosomatique ou une prise en charge plus holistique, plus globale. Je me suis vraiment rendue compte au fur et à mesure du temps qui passe, de mon expérience, que ça me manquait en fait ! J'avais envie de quelque chose de plus... d'une vision plus globale des choses. C'est comme ça que... du coup voilà... je me suis dit : « tiens pourquoi pas me former ». Je trouvais ça intéressant, d'un point de vue personnel et professionnel.

- Ok, d'accord. Concernant ensuite votre utilisation de l'hypnose : pour quelles indications pratiquez-vous l'hypnose ? Pour quel type de douleur en particulier ?

- Alors... soit c'est vraiment imbriqué dans la séance de kiné, c'est-à-dire par exemple... une patiente qui vient pour des douleurs lors des rapports ou... ou bien qui n'a pas du tout conscience de son périnée, qui ne sait pas le contracter, je vais le pratiquer et l'inclure sans même parfois lui dire qu'on fait de l'hypnose en fait. C'est amené comme ça tranquillement, je lui demande de respirer, de se concentrer sur telle ou telle chose, en fait je fais une petite induction comme ça, sans vraiment la prévenir, et après voilà... j'amène des suggestions. Et ça peut être sur cinq ou dix minutes ! Des fois ça dure plus quinze minutes, et ça représente une grosse partie de la séance. Des fois c'est juste dix minutes, et ce sera plus pour potentialiser ce que je fais en kiné... voilà. Donc c'est vraiment inclus, c'est mélangé à la kiné. Et par contre, par moment je fais des séances vraiment que d'hypnose, et là ça va être plus... alors effectivement, j'ai déjà eu des demandes par exemple de patientes qui souffraient d'endométriose et qui voulaient apprendre l'autohypnose pour pouvoir gérer leur douleur par elles-mêmes. J'utilise l'hypnose pour tout type de douleur en fait, c'est en fonction des demandes des patientes. Après ça peut être des patientes qui ont du stress ou qui ont des tensions musculaires, alors même autres que périnéales... enfin... il y a toujours un lien avec le corps, voilà. On m'a déjà demandé si j'utilisais l'hypnose pour traiter les phobies... non, par contre non, je ne fais pas ça [rires]. Donc par exemple, j'ai une patiente avec qui on a travaillé en périnée. Elle avait vraiment de grosses problématiques respiratoires, et on sait que le travail de la respiration, du diaphragme, c'est hyper lié au périnée... et donc du coup, elle avait vraiment une problématique de tension au niveau du diaphragme, des muscles intercostaux, des muscles inspireurs et tout ça, et elle sentait que... que ça pouvait venir de quelque chose de plus profond... qu'il n'y avait pas qu'une question de posture etc. Donc par exemple on a consacré des séances à faire de l'hypnose pour cette problématique-là en particulier, pour travailler justement... voilà, comment elle se sent et elle ressent cela, et à quoi ça mène en fait. Donc moi je ne sais jamais sur quoi ça peut déboucher en fait. La patiente est en état d'hypnose, moi je propose des choses, et après elle fait son chemin quoi.

- Et est-ce qu'il y a des méthodes que vous pratiquez en particulier ?

- Alors... en hypnose ?

- Oui.

- Alors lorsque je pratique l'hypnose plus formelle... c'est vrai que lorsque je travaille la douleur, je fais pas mal ce qu'on appelle la réification. La réification, c'est rendre objet la douleur. Par exemple... l'histoire de la patiente précédente là... qui sentait sa cage thoracique bloquée et tout ça, lorsqu'elle était en état d'hypnose, clairement elle a senti... alors je ne sais plus exactement... mais elle a senti qu'elle avait quelque chose dans la gorge qui la bloquait et qui la gênait. Donc du coup... là, je lui ai demandé de voilà... de se représenter à quoi ça pouvait ressembler cette gêne, quelle couleur, quelle forme, quelle texture, quelle matière, quelle température etc. L'idée en réification, c'est de venir assouplir, d'amener petit à petit quelque chose de plus confortable pour la patiente en modifiant les paramètres de ce qu'elle a décrit en fait. Donc ça c'est vraiment une technique qui est très facile à mettre en place, parce que tout le monde a un petit peu d'imaginaire, parce qu'à partir du moment où la patiente elle est d'accord, qu'elle se sent en sécurité et qu'elle est en état... et ça ne demande pas un état de trans hypnotique profond non plus, ça demande un état de transe assez léger. C'est souvent assez probant quand même. Je trouve que c'est très facile à mettre en place la réification, donc c'est pour ça que je l'utilise beaucoup.

- D'accord, ça marche. Vous m'avez dit que vous utilisiez l'hypnose seule. Est-ce que vous la pratiquez parfois aussi en étant associée à d'autres techniques kiné ?

- Oui bien sûr, pour que ça fonctionne mieux. Par exemple hier, j'ai vu une dame qui a des douleurs pelviennes importantes depuis de nombreuses années, avec beaucoup de tension, elle a un syndrome des releveurs, donc avec elle je peux travailler tantôt au niveau vaginal tantôt au niveau rectal. Donc avec elle je travaille en interne. Alors ça évidemment, je ne le fais pas à la première séance... ces prises en charge-là nécessitent déjà d'avoir une adhésion thérapeutique au traitement, une certaine confiance, voilà. Il faut vraiment que la patiente soit prête. Mais du coup par exemple avec elle, sans lui dire, on travaille en interne et pour qu'elle se détende davantage je vais amener un travail de respiration, où on est entre de la relaxation et de l'hypnose. Avec elle j'utilise la réification : par exemple... elle, elle voit une fleur. Donc en fait on travaille sur la fleur quoi, la fleur qui s'ouvre, la couleur des pétales etc. Donc effectivement, l'hypnose peut être reliée à des techniques de contracté-relâché, parce qu'en même temps que je lui envoie des suggestions, je lui fais faire un contracté-relâché.

- Ok d'accord. Généralement, quelles sont les réactions et les retours de vos patientes lorsque vous pratiquez l'hypnose ?

- Alors... je dirai que les patientes sont satisfaites qu'on leur propose autre chose, et... soulagées, lorsqu'elles voient les bienfaits. Parce que, généralement ça vient très naturellement... c'est à dire que souvent, ça commence par un travail axé sur la respiration, puisqu'avec le périnée, on travaille forcément la respiration. Il y a des fois où effectivement les patientes sont tendues, elles ont un diaphragme bloqué etc. Donc on travaille la respiration. Puis des fois on travaille la respiration, puis je leur dis : « vous savez je suis aussi formée en hypnose, donc si vous le souhaitez la prochaine fois on pourra travailler un peu plus la détente, la relaxation ». Donc j'amène un peu comme si c'était de la relaxation, et puis après je vois comment elles réagissent. Il y en a qui me disent tout de suite : « ah là moi ça me fait peur, vous allez prendre le contrôle ! », donc du coup... voilà je leur explique ce que c'est. Et puis il

y en a aussi qui me disent : « ah oui c'est intéressant, je veux bien essayer ! ». Donc en fait ça dépend des patientes, et puis évidemment c'est toujours la patiente qui décide quoi. Enfin moi je propose quoi. Soit ça se fait naturellement, c'est-à-dire que sans même vraiment leur dire, paf, on part un peu là-dessus. Soit des fois, quand je sens que la patiente est plus sur la retenue, je lui propose de tester... quand elle a besoin un peu de tester l'état d'hypnose, je lui fais faire de la catalepsie. La catalepsie c'est lorsque par exemple... le bras de la patiente reste bloqué dans une certaine position en fait. Et finalement pendant toute la séance je lui fais sentir la dissociation... en fait pour faire sentir une dissociation... et pour leur faire sentir l'état d'hypnose. Donc c'est comme si le bras était, entre guillemets, bloqué mais de façon confortable et agréable, comme s'il était un peu posé à côté, tout léger ou tout lourd ça dépend des gens... Mais en tout cas voilà, comme si le bras était un peu mis de côté. Et en fait l'idée c'est de faire un peu le parallèle avec « je mets de côté la douleur » ou « je fais un pas de côté », enfin voilà... tout un jeu de mots un peu là-dessus... Et donc ça peut être une approche intéressante au tout début parce que du coup, il y en a qui me disent : « oui mais moi je pense que je ne suis pas hypnotisable » par exemple. Et en fait je leur explique que ce n'est pas qu'ils ne sont pas hypnotisables... soit c'est parce qu'ils n'ont pas envie de se laisser hypnotiser (dans ces cas-là ce n'est pas grave), soit c'est qu'ils n'ont pas assez confiance et qu'il n'y a pas encore assez cette alliance thérapeutique. L'alliance thérapeutique elle est primordiale en fait. Mais de toute façon dans la rééducation périnéale et dans la rééducation du sein je pense, l'alliance thérapeutique est très importante ! Quand par exemple les patientes enlèvent soit le haut soit le bas, forcément elles sont à moitié dénudées... et je pense que pour ça l'hypnose m'a permis de faire un travail sur ma communication thérapeutique... et à mieux écouter les patientes aussi, à instaurer un climat d'échanges bienveillant. Effectivement je pense... l'hypnose a vraiment changé ma façon de travailler. Même si des fois je ne fais pas forcément d'hypnose, je suis tout le temps dans une communication thérapeutique où il n'y a aucun discours nocebo etc. Au lieu de dire aux patients : « ne vous inquiétez pas », je vais tout le temps dire « rassurez-vous, ça va bien se passer ! », voilà... en fait toujours avoir un vocabulaire et employer des phrases qui sont positives. Et ça c'est vraiment au début une gymnastique, une façon de parler et d'amener des choses, et en fait finalement... après maintenant ça devient complètement naturel... et c'est aussi pour ça que l'hypnose je l'amène aussi très naturellement, parce que j'ai cette façon particulière de communiquer, que je me suis complètement appropriée. C'est ma façon de faire maintenant, et ça du coup... voilà, on est dans de la communication thérapeutique, une façon de parler aux patientes qui va faire en sorte que ça les mette dans des bonnes dispositions.

- Alors du coup, existe-t-il selon vous des enjeux à intégrer l'hypnose dans la prise en charge de vos patientes qui souffrent d'endométrirose ?

- Alors pour moi ça apporte... voilà justement ce que je viens de dire : une communication, une façon de parler, une façon d'amener à travailler l'intime, une façon de parler de sexualité, une façon de parler des douleurs... et une façon de permettre aussi à la patiente à exprimer ce qui se passe etc ce qu'elle ressent. Et en même temps l'hypnose, même si au départ c'est à travers moi, ça permet aussi à la patiente de se débloquer, oui de se libérer des émotions qui la paralysent... et puis de se remettre en mouvement et de se remobiliser en fait, c'est-à-dire de se réapproprier son corps. L'étape suivante, l'idée c'est que la patiente devienne autonome et qu'elle puisse après se faire ses propres exercices d'autohypnose, puisque on sait que dans toute pathologie chronique, il faut que le patient devienne autonome en fait. Même si effectivement, je trouve normal que de temps en temps le patient se raccroche à un

thérapeute... parce qu'on a besoin je pense en tant que patient douloureux chronique, on a besoin de temps en temps d'aller rechercher un peu d'énergie, d'aller rechercher un peu de confiance etc. Mais l'idée ce n'est pas d'être comme une bouée de sauvetage pour le patient, c'est vraiment qu'il se prenne en charge et qu'il se sente capable d'aller soit même... je ne vais pas dire se soigner [rires]... mais en tout cas se faire du bien, se donner les moyens en fait d'améliorer son état, et de ne pas rester dans quelque chose de passif et dépendant du kiné en fait. Pour moi, l'apprentissage de l'autohypnose, si la patiente elle s'approprie bien le truc, elle peut devenir vraiment actrice de sa pathologie, ne plus la subir. Et même si elle est toujours douloureuse, elle est actrice et elle a davantage d'outils en elle pour se soulager et vivre avec sa douleur. De pratiquer l'hypnose comme ça, généralement les patientes ont une meilleure perception de leur douleur... et elles l'acceptent un peu mieux.

- Ok. On en a parlé précédemment : vous estimez que l'hypnose améliore vraiment l'alliance thérapeutique, la relation de confiance, la communication entre vous et vos patientes endométriosiques ?

- Ah oui ! Oui, oui indéniablement ! L'hypnose apporte une vraie aide, et permet d'avoir une meilleure communication, si je peux dire... C'est la clé pour accompagner les patientes qui souffrent de douleurs chroniques comme l'endométriose.

- Quels sont maintenant les critères ou les contextes particuliers qui vous conduisent à utiliser l'hypnose dans le cadre de patientes qui souffrent d'endométriose ?

- C'est quelque chose que j'associe systématiquement. En général, soit ça se sait déjà que je pratique l'hypnose, donc en fait les patientes elles viennent, elles ont déjà une demande en fait, elles me disent rapidement : « je sais que vous faites de l'hypnose, moi ça m'intéresse ! ». Donc du coup on travaille en technique de kiné classique, mais comme assez souvent elles savent déjà que je fais ça, la pratique de l'hypnose fait partie de la prise en charge en fait.

- D'accord. Aussi, dans le cadre de l'endométriose, constatez-vous un profil « type » de patiente davantage réceptive à l'hypnose (selon leur âge, leur catégorie socio-professionnelle, peut-être leurs antécédents personnels ou médicaux) ?

- En fait j'ai un peu toujours le même profil « type » de patiente. Ce sont des femmes assez jeunes, qui ont souvent une trentaine d'années. Comme l'endométriose est une pathologie diagnostiquée de mieux en mieux, et de plus en plus tôt... effectivement je pense que... c'est pour ça en fait. Je n'ai pas eu de patientes âgées. De toute façon à partir du moment où on est ménopausée, l'endométriose nous embête beaucoup moins... Donc oui, le profil c'est effectivement des patientes plutôt jeunes, actives et qui ont envie de s'en sortir avec leur douleur qui les impacte au quotidien.

- Et vous constatez des différences de réceptivité à l'hypnose selon vos patientes ?

- Alors... je n'en ai pas eu cinquante mille non plus [rires] ! Jusqu'à présent dans le cadre de l'endométriose, franchement non, aucun problème de réceptivité, ça s'est toujours bien passé.

- Pour terminer, je voulais vous demander quelles ont été vos motivations à participer à cette étude ?

- Parce que je me mets à votre place ! Il faut bien que des professionnels de santé le fasse, parce que sinon on n'avance pas... et puis je trouve qu'on est dans un métier libéral, où on a tendance à être trop « tout seul » en fait. C'est aussi pour ça que je fais un maximum de formations. Là en plus, depuis août 2023, je viens de créer un nouveau cabinet avec deux autres consœurs qui font aussi que du sein et que du périnée. Et d'ailleurs vous pourriez contacter ma collègue, *****, elle aussi elle fait de l'hypnose et elle aussi elle prend des patientes endométriose.

- Oui je l'ai contacté déjà.

- Faut pas hésiter à la relancer alors, je lui en reparlerai. Parce que du coup voilà, on est ensemble dans ce cabinet, on travaille ensemble, du coup on se donne un peu une effervescence. Je trouve que c'est important, quand on est dans un métier où on est tout seul dans sa salle avec son patient, de pouvoir aller quand même des inspirations auprès de d'autres professionnels et de... de partager ! On est dans le soin, je trouve ça normal !

- Oui, merci alors, c'est gentil ! Ecoutez est-ce que vous avez des questions ou des remarques particulières pour clore cet entretien ?

- Je vais vous retourner la question [rires], pourquoi ce sujet de mémoire ?

- Pourquoi ce sujet [rires] ? Parce que je m'intéresse à la pelvi-périnéologie déjà. Ensuite parce que l'endométriose est une pathologie dont on parle de plus en plus, et je côtoie des personnes qui en souffrent malheureusement... Donc voilà je voulais m'y intéresser un peu plus précisément. Je trouve aussi que la problématique de la douleur chronique est complexe et intéressante à étudier. Et puis l'hypnose... en fait j'ai assisté au cours d'un stage à une séance, où la kiné prenait en charge une cervicalgie, ça m'a beaucoup questionnée... Je trouve aussi que c'est une technique beaucoup rattachée à la notion de communication, que j'estime primordiale pour notre métier. Donc en fait le lien entre les différentes notions a fait que... voilà, je suis tombée sur cette problématique, ce sujet en particulier.

- D'accord, d'accord, ok, super ! Pendant que j'y pense, il y a Théo Chaumeil aussi qui fait beaucoup de formations et transmet beaucoup d'informations sur les réseaux. J'ai fait une formation, tiens si j'ai oublié, je fais une formation avec Théo Chaumeil oui. C'était... « hypnose et kiné » justement ! Tiens comment j'ai pu oublier ça [rires], et c'était avec lui justement et avec Jeanne-Marie Jourdain qui fait aussi que de l'hypnose et de la kiné. Et du coup effectivement c'était sur trois quatre jours, on travaillait justement sur voilà... le travail du corps, comment amener l'hypnose avec la kiné. Alors là c'était global, ce n'était pas que le périnée. C'était vraiment pour tout type de problématique...

- Ok, ça marche, c'est noté. Ecoutez merci beaucoup pour cet échange et le temps accordé.

- Avec plaisir !

- Merci, je vais pouvoir mettre fin à l'enregistrement.

Entretien 3 avec Mme C

- C'est bon, super, je vais démarrer l'enregistrement. Pour commencer, est-ce que vous pourriez-vous présenter s'il-vous-plaît ?

- Alors oui, je m'appelle ****, je suis kinésithérapeute diplômée depuis 2010. J'exerce en cabinet libéral depuis maintenant plusieurs années... Donc voilà, je reçois exclusivement des patients présentant des pathologies périnéales... majoritairement des femmes hein, mais aussi des hommes et des enfants et je vois aussi des femmes pour leur cancer du sein. Et puis comme il m'était important d'assurer une prise en charge la plus globale possible pour mes patients, je leur propose de les accompagner à travers l'hypnose. Et... je donne des cours de gym pilates également...

- Ok, ça marche, merci. Depuis quand pratiquez-vous la prise en soin en pelvi-périnéologie ?

- Alors je dirais... En fait très rapidement après mon DE, un an après... en 2011, je me suis formée en rééducation périnéale, voilà. C'est un domaine qui m'intéresse beaucoup, et j'en avais vu pas mal en stage avant... donc je me suis formée rapidement. Au début... vous vous imaginez bien qu'avec les remplacements, j'avais pas une prise en charge exclusivement périnéale. En fait c'est depuis que je suis dans mon nouveau cabinet, que la pratique exclusivement.

- D'accord, et quelles formations avez-vous donc suivi dans ce domaine ?

- En pelvi-périnéologie... je me suis formée avec les grands organismes de formation... l'IPPP, et également l'EIRPP et De Gasquet, voilà. Ma première formation sur la rééducation périnéale était en 2011. Puis après j'ai fait tout un tas de formations complémentaires voilà... donc grossièrement sur le pré et le post-partum, la rééducation anorectale aussi, les douleurs pelviennes, et puis tout ce qui touche au sport et au périnée, la gym hypopressive abdominale... Et il y a quasiment... six ans maintenant, je me suis formée à la rééducation urologique chez l'homme et à la rééducation périnéale chez les enfants aussi, voilà.

- Ok, d'accord. Est-ce que ces formations ont un lien avec la prise en soin des douleurs qui sont liées à l'endométriose ?

- Oui ! Oui complètement, ces formations évoquent les douleurs pelviennes, et notamment les différentes manières de les prendre en charge. Par contre je n'ai pas fait de formation vraiment spécifique « douleur chronique et endométriose » ... j'ai été formée aux douleurs chroniques pelviennes, avec donc les dyspareunies et l'endométriose.

- L'endométriose est une pathologie récente, avez-vous une augmentation des prises en soins liées à cette dernière ?

- Oui totalement ! Les patientes ne consultaient pas du tout avant pour l'endométriose. Là on a vraiment assisté à une popularisation de la pathologie, si je peux dire [rires], donc maintenant la pathologie est mieux diagnostiquée... donc on voit plus de patientes !

- Ok très bien. Alors ensuite concernant maintenant l'hypnose : quelle formation avez-vous suivi ?

- Je me suis formée avec l'AFNH en 2017, donc l'Association Francophone de Nouvelle Hypnose, qui est pour tous les professionnels de santé. Et donc... où j'ai suivi diverses formations, divers modules... comme notamment « hypnose Ericksonienne », « l'hypnose et la sexologie », « l'hypnose et les traumatismes » et « l'hypnose et la douleur ». Et j'ai suivi la

formation de Théo Chaumeil aussi y a deux ans, tu as certainement dû en entendre parler... ça s'appelait « intégration de l'hypnose en kiné ».

- D'accord. Et quelles sont les raisons qui vous ont amenées à vous intéresser à l'hypnose ?

- Alors [rires]... en fait j'avais le sentiment qu'il me manquait quelque chose dans ma pratique... je me rendais compte que l'aspect psychosocial était super important à prendre en compte, et que je ne pouvais pas travailler que le corps. Donc il fallait aussi que je prenne en compte l'esprit quoi... J'ai été aussi confrontée à certains patients avec des problématiques complexes... qui m'exprimaient des problèmes, mais parfois voilà, je planchais... J'arrivais pas à résoudre entièrement leurs problèmes, donc au bout d'un moment, je stagnais dans les prises en charge... Je n'y arrivais plus, je ne savais plus quoi leur proposer pour vraiment les aider, c'était pas facile... Donc je me suis tournée vers l'hypnose ! Et ça m'a toujours intéressée, je côtoyais des confrères et consœurs qui m'en disaient du bien aussi. Donc j'ai cherché à me former... Maintenant ça m'a changé ma pratique clairement, ça m'a permis d'avoir plus de cordes à mon arc et... et de débloquer des prises en charge où il y a quelques années j'aurais séché. L'hypnose c'est un outil en plus dont je pourrais plus me passer maintenant...

- Ok. Et donc généralement pour quelles indications pratiquez-vous l'hypnose ? Est-ce qu'il y a un type de douleur en particulier pour lequel vous pratiquez l'hypnose ?

- Je pratique l'hypnose de façon totalement naturelle ! En fait je ne me dis pas « ah là aujourd'hui, à cette séance-là en particulier, on va faire de l'hypnose », non. En fait l'hypnose je la pratique au quotidien... en permanence lorsque j'échange avec mes patientes. Donc ça après oui... que ce soit pour une douleur aiguë ou pour une douleur installée et qui est persistante... mon but c'est que les patientes me décrivent une diminution de l'intensité de leur douleur, un soulagement. L'objectif quand je fais de l'hypnose avec les patientes, c'est qu'elles changent la perception de leur douleur... qu'elles la modifient... pour qu'elle soit plus agréable et plus acceptable. Et puis l'hypnose sert aussi à travailler sur leurs émotions ! Puisqu'il n'y a pas que sur la douleur qu'on travaille en hypnose, on travaille aussi sur les émotions... on travaille sur tout le contexte autour en fait... qui peut être soit du stress, de l'anxiété, de la peur, de la fatigue (parce leur sommeil est souvent perturbé à cause des douleurs) ... en fait tout ce qui va renforcer la douleur et tout ce qui peut découler d'un syndrome douloureux chronique. On s'intéresse à tout le contexte psychosocial en fait... et on essaie d'agir dessus pour diminuer les douleurs et améliorer au maximum le bien-être des patientes. [silence] Ah et aussi parfois, il m'arrive de faire de l'hypnose plutôt en fin de séance, pour certaines patientes... pour détourner un peu leur attention de la douleur, qui a été exacerbée par les exercices, et puis d'essayer qu'elles quittent la séance avec un niveau de douleur qui ne soit pas trop haut.

- Et quelles méthodes d'hypnose utilisez-vous ?

- Alors... les méthodes d'hypnose... en fait il faut bien comprendre qu'il y a deux types d'hypnose. D'abord l'hypnose conversationnelle, donc là c'est dans la manière de communiquer avec les patientes. Les mots ont un impact assez fort, et en tant que kiné on doit chercher à optimiser notre communication avec les patientes. Donc pour cela on écoute... on essaie de toujours être le plus à l'écoute des patientes, le plus attentif à ce qu'elles nous confient... on emploie toujours un vocabulaire positif, on évite les discours nocebo, voilà. Les patientes ont tendance à ne retenir que les éléments négatifs de nos phrases, donc c'est important d'avoir un discours le plus rassurant possible pour... pour qu'elles se sentent en confiance et qu'elles se détendent. L'hypnose m'a permis de me créer ma façon de communiquer avec les patientes... avant je me concentrais beaucoup [rires], enfin... je me forçais... je faisais attention quoi, à mes tournures de phrases ou à mon vocabulaire... là

maintenant c'est totalement ancré, et je réfléchis même plus à ma façon de communiquer [silence]. Et... et puis, il y a l'hypnose formelle. En fait il faut savoir que l'hypnose c'est pas un outil... comment dire... en fait il n'y a pas de trame précise à suivre en fonction de tel ou tel symptôme... C'est en fonction des patientes, on crée un peu sur mesure les exercices d'hypnose... on s'adapte à leurs besoins sur le moment. Soit c'est une séance d'hypnose seule en « hands off », soit c'est de l'hypnose associée à une technique de kiné en « hands on ».

- D'accord. Et... Vous avez des exercices d'hypnose que vous réalisez plus que d'autres dans ces cas-là ?

- Ah, oui ! Alors je propose souvent aux patientes de se remémorer un souvenir positif, j'utilise beaucoup cette technique... En fait le cerveau ne fait pas la différence entre ce que l'on fait pour de vrai et ce que l'on imagine. Donc souvent je leur demande de se plonger dans un souvenir positif pour elles... pour qu'elles ressentent un peu toutes les émotions agréables de ce souvenir, comme... des odeurs, des sons, des personnes en particulier etc. Et parfois je pratique une technique de kiné en même temps. J'utilise aussi beaucoup la réification... là je demande aux patientes : « est-ce que votre douleur ressemble à un objet ou à quelque chose en particulier ? » ou « comment est-ce que vous vous représentez les choses ? » et en fonction de leur réponse, j'essaie de les accompagner à... changer... à modifier les caractéristiques de l'objet qu'elles décrivent, à modifier sa couleur, sa forme, sa texture, même sa température [rires]... Le but c'est qu'elles changent leur représentation corporelle. Il y a toujours de bons résultats avec la réification... et ça se fait très facilement en séance. Et puis je travaille aussi pas mal la respiration, puisque lorsqu'on travaille au niveau du périnée, on travaille la respiration... C'est généralement un bon moyen pour elles de se détendre et de se relâcher.

- Et pourriez-vous me décrire les réactions et les retours de vos patientes lorsque vous pratiquez l'hypnose ?

- Je dirais que les patientes sont contentes. Elles disent souvent qu'elles se sentent apaisées, plus relaxées... plus calmes aussi, et puis qu'elles ressentent moins de tensions, moins de stress. Elles sont fatiguées aussi, un peu comme « vidées » ... mine de rien ça épuise, ça demande pas mal d'énergie !

- Lorsque vous évoquez l'hypnose avec vos patientes, elles réagissent comment généralement ?

- C'est tout l'un, ou tout l'autre [rires] ! Y a des fois où les patientes me disent cash « ah ça me fait peur votre truc, vous allez m'endormir, vous allez faire ce que vous voulez de moi » [rires]. Y a malheureusement beaucoup cette fausse croyance, cette image de l'hypnose comme une manipulation, comme si on allait prendre le contrôle... donc c'est sûr, ça peut faire peur [rires] ! Quand c'est comme ça, on en discute et je leur explique bien que ce n'est pas comme à la télé, que ce que l'on voit dans les émissions c'est du spectacle... C'est important de bien prendre le temps de leur expliquer ce que l'on fait, et la manière dont on peut travailler en faisant de l'hypnose. Faut essayer de déconstruire un peu leurs idées reçues et... les rassurer... qu'on ne fera jamais rien qui les mettrait mal à l'aise. Et puis souvent je laisse faire... je laisse un peu de temps... et si elles sont intéressées, elles me posent des questions et puis on essaie. Faut qu'elles se sentent en confiance... [silence] Et... et parfois c'est l'inverse. Les patientes connaissent déjà, où elles savent déjà que je fais de l'hypnose, donc elles viennent pour essayer. Là c'est plus simple du coup [rires].

- Ok. Ensuite, selon vous, existe-t-il des enjeux à intégrer l'hypnose dans la prise en charge de vos patientes souffrant de douleurs d'endométriose ?

- Alors oui... il y a plein de bénéfices à utiliser l'hypnose avec ces patientes-là, clairement... et même en général ! Déjà, je dirais que l'hypnose permet d'avoir une aide en plus pour traiter leur douleur, essayer de les soulager progressivement et puis qu'elles subissent moins constamment leur état. Je dirai que... que ça permet aux patientes d'être plus actives et puis de se remettre un petit peu en mouvement. Voilà c'est leur redonner un peu de dynamisme... un peu d'élan... parce que généralement elles s'arrêtent de bouger ! Et... et elles prennent conscience qu'elles peuvent plus bouger du coup... et elles sont moins focalisées sur leur douleur. C'est vraiment ça oui, ça les sort en quelque sorte de leur cercle vicieux ! Tiens par exemple, j'ai une patiente qui venait pour des dyspareunies : là l'hypnose lui permettait de laisser plus aller son corps... et... et d'être moins crispée et dans le contrôle... en fait au bout de quelques temps d'exercice, elle arrive à se concentrer sur autre chose, et du coup, ça l'aide pour mieux supporter les techniques qu'on faisait. Tu vois, aussi... j'ai une patiente qui arrivait très souvent en séance avec la sensation d'être complètement bloquée dans sa respiration. C'était impossible de lui toucher le ventre... c'était compliqué... elle avait trop mal... Du coup, là, l'hypnose lui permettait de lâcher un petit peu prise et puis... de relâcher un peu ses tensions. Et comme elle était plus détendue, j'ai pu plus facilement travailler. Elle se sentait moins douloureuse après la séance. Tu vois, c'est vraiment un outil qui me débloque des situations un peu compliquées parfois ! [silence] Après... il y a aussi toute l'autohypnose. Souvent, je vois avec les patientes pour qu'elles reproduisent les exercices qui ont bien marché en séance, toutes seules, chez elles. Typiquement là, j'ai une patiente qui a de l'endométriose, elle utilise pas mal l'autohypnose ! Ça lui sert de... en fait c'est un peu comme un rituel d'endormissement tous les soirs ! Parce que ses douleurs sont généralement très gênantes au moment de s'endormir, ça va la réveiller souvent la nuit aussi... donc là, ça lui permet de se détacher un peu de sa douleur pour s'endormir plus rapidement. Et puis du coup, elle est moins fatiguée, donc c'est bénéfique pour ses douleurs. Tu comprends ?

- Oui, totalement, c'est intéressant ! Concernant l'autohypnose, du coup les patientes l'utilisent que pour les aider à gérer leur sommeil ?

- Alors oui là je t'ai parlé du sommeil... mais en fait chaque patiente l'utilise selon ses besoins et ses ressentis. Souvent elles vont l'utiliser quand elles ont trop de douleur et qu'elles veulent se soulager, ou qu'elles se sentent stressées aussi. En fait, là leur apprendre à pratiquer l'autohypnose toute seules chez elles, ça leur permet vraiment de se prendre en charge, de s'autonomiser ! Parce que mine de rien, on ne peut pas toujours être là quand elles sont en crise... Donc... elles ont quelques clés pour se gérer quand il faut quoi... voilà !

- D'accord. Estimez-vous que l'hypnose améliore l'alliance thérapeutique ? Votre communication, entre vous et vos patientes atteintes d'endométriose ?

- Ah mais oui, totalement ! En fait, l'hypnose m'a quand même apporté une meilleure... un meilleur discours en termes de langage positif pour les patientes depuis que je suis formée. Je suis beaucoup plus sensible aux mots, plus à l'écoute aussi je trouve des... des patientes. Ça m'a amélioré mes capacités d'empathie et de bienveillance mine de rien. Je prends plus le temps d'écouter et de rassurer je trouve aussi. Après c'est vrai, c'est difficilement... la relation thérapeutique... je veux dire, elle est difficilement quantifiable, mais j'ai l'impression qu'elle est plus forte oui.

- Ok. Quels sont maintenant les critères ou les contextes particuliers qui vous conduisent à utiliser l'hypnose dans le cadre de patientes qui souffrent d'endométriose ?

- Alors on va dire que globalement, pour l'hypnose formelle, ça va être chez des patientes qui ont des douleurs qui persistent ou... qui sont trop intenses. En fait lorsque je sens qu'elles ont besoin d'une aide pour se relâcher pendant la séance, puisque les... les techniques qu'on essaye de faire ensemble parfois, sont trop douloureuses... Après sinon l'hypnose conversationnelle, c'est quelque chose que j'associe systématiquement à mes prises en charge. L'aspect de la communication je l'ai acquis quoi... comme je te disais, je me suis créé ma propre façon de parler et maintenant je l'utilise au quotidien, avec tous mes patients.

- D'accord, ça marche. Aussi, dans le cadre de l'endométriose, constatez-vous un profil « type » de patiente davantage réceptive à l'hypnose (selon leur âge, leur catégorie socio-professionnelle, peut-être leurs antécédents personnels ou médicaux) ?

- Franchement... honnêtement non, il n'y a pas de profil type de patiente plus réceptive à l'hypnose. Pour moi, je dirais que l'hypnose est plus une compétence qui s'entraîne. En fait tout le monde est réceptif et plus on s'entraîne plus on aura de résultats.

- Ok, d'accord. Et pour finir, je voulais vous demander quelles ont été vos motivations à participer à cette étude ?

- Et bien pour vous [rires], pour que vous ayez des réponses et que vous relisiez au mieux votre mémoire ! C'est aussi un sujet qui m'intéresse beaucoup, et je trouve ça important de te transmettre et d'entraider. On est dans une profession libérale... on travaille relativement seul, donc si on peut tous s'entraider, c'est super !

- Merci [rires], c'est gentil à vous ! Est-ce que vous avez des questions ou des remarques particulières pour clore cet entretien ?

- Non, pas de question.

- Je vous remercie beaucoup pour cet échange et le temps que vous m'accordez. Je vais couper l'enregistrement.

Entretien 4 avec Mme D

- Alors c'est parti, je démarre l'enregistrement. Pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter s'il-vous-plaît ?

- Alors rapidement, voilà je m'appelle *****, je suis kinésithérapeute depuis 2011 et j'exerce en libéral à *****. Je me suis formée en périnée et dans la prise en charge des cancers du sein, et je me suis intéressée à la gestion de la douleur il y a maintenant cinq ans je dirais... oui c'est ça, quatre- cinq ans. Et donc je me suis intéressée en particulier à toute l'approche bio-psycho-sociale, ce qui m'a amenée à faire la formation « hypnose et kinésithérapie » enfin, « intégration de l'hypnose en kinésithérapie » en 2020, proposée par Théo Chaumeil, qui était une formation de deux fois trois jours. Suite à quoi j'utilise maintenant régulièrement l'hypnose

dans ma pratique, que soit de façon formelle en proposant aux patients des séances d'hypnose, qui sont plutôt des séances d'apprentissage de l'autohypnose pour qu'ils puissent le refaire à la maison. Et sinon j'utilise l'hypnose au quotidien avec tous mes patients, avec ce que l'on appelle la communication hypnotique, c'est-à-dire la communication pour optimiser les résultats avec le patient. Ah, et j'organise aussi des cours de pilates avec mes patientes.

- Ok, d'accord. Depuis quand du coup pratiquez-vous la prise en soin en pelvi-périnéologie ?

- J'ai commencé à me former en 2013 en pelvi-périnéologie et après je l'ai pratiqué de façon épisodique dans les cabinets où j'étais, de façon plus ou moins prononcée suivant le cabinet... Et je le pratique vraiment beaucoup plus là depuis 2021. Parce qu'avant je le pratiquais, mais dans mes assistanats, donc comme j'étais assistante, on va dire que j'avais moins le choix dans ma patientèle...

- Quelles formations exactement avez-vous suivi dans ce domaine ?

- Je me suis formée avec l'EIRPP, j'ai suivi des formations de premier degré en pelvi-périnéologie, en thérapie manuelle, abdominaux non générateurs de pression, l'accompagnement pré et post-partum, la prise en charge anorectale, le masculin, les douleurs pelviennes, et... et voilà. Et là récemment j'ai fait la formation « gestion des périnées compliqués ». Et après j'ai fait la formation De Gasquet en yoga et dans d'autres petits modules aussi.

- Du coup, ces formations ont-elles un lien avec les prises en soins des douleurs liées à l'endométriose ?

- Oui, totalement !

- Est-ce que vous avez constaté une augmentation de vos prises en soins liées à cette pathologie ?

- Alors oui complètement ! Tout ce qui est endométriose, on a une prise en charge assez récente en pelvi-périnéologie. Surtout grâce au fait que le diagnostic se fait de plus en plus tôt maintenant. Du coup les patientes sont généralement plutôt jeunes, mais de toute façon comme l'endométriose se calme notablement avec la ménopause, on a plutôt des patientes jeunes.

- Ok. Concernant maintenant l'hypnose : du coup vous avez parlé d'une formation avec Théo Chaumeil c'est bien ça ? Avez-vous fait d'autres formations en hypnose ?

- En hypnose, je n'ai rien fait d'autre. Après j'ai... donc ce n'est pas de l'hypnose, mais si ça t'intéresse j'ai fait un parcours enfin, c'est un programme qui s'appelle MBCT. C'est sur la méditation pleine conscience. Et concernant la douleur aussi, ça pourrait sûrement t'intéresser : j'ai fait une formation en e-learning qui s'appelle « Know Pain » avec Mike Stewart de l'agence EBP, sur l'éducation thérapeutique autour de la douleur. Et après j'ai pas mal enfin...j'ai lu des livres, des articles, j'essaie de me tenir au courant et de me former de mon côté aussi.

- Ok d'accord. Et quelles sont les raisons qui vous ont amené à vous intéresser à l'hypnose ?

- Quand j'ai commencé à m'intéresser au modèle bio-psycho-social, ça m'a un peu ouvert les yeux sur les prises en charge en fait... que nos traitements manuels ou même nos exercices actifs n'étaient pas suffisants. Il y avait toute une prise en charge beaucoup plus complexe. Et ça correspond au moment où je me suis formée, où j'ai fait le programme MBCT de Mindfulness... puis en me renseignant j'ai vu qu'il y avait la formation de Théo Chaumeil qui existait, ça m'intéressait, donc je suis partie dessus.

- Ok. Et maintenant concernant votre utilisation de l'hypnose avec les patients : pour quelles indications avez-vous tendance à le pratiquer ? Est-ce qu'il y a des types de douleurs en particulier ?

- Comme je disais tout à l'heure, avec l'hypnose il y a vraiment deux versions. Sur la version vraiment de communication hypnotique, je la pratique au quotidien en fait, en permanence, avec tous mes patients, quelle que soit leur pathologie. Que ce soit sur la façon de poser des questions lors de l'anamnèse à la première séance, d'orienter les conversations, de mentionner leurs progrès, voilà c'est vraiment de communiquer positivement en permanence. En permanence je réfléchis à ce que je dis aux patients pour être sûre que les effets soient les plus placebo, dans le bon sens du terme [rires]. Et ensuite, je propose aussi des séances d'hypnose formelle : en fait en général, ça va me venir à l'esprit lors de l'entretien, lors du bilan, pour des patientes qui décrivent un contexte psychosocial assez... fragile, tu vois c'est ce qu'on appelle les drapeaux jaunes... même si je ne les évalue pas forcément de cette façon-là, mais voilà... en gros dès que je vois qu'il y a un contexte psychosocial qui va intervenir, et qu'il va y avoir une interaction dans les douleurs. Donc ça peut être des personnes qui vont mentionner d'elles-mêmes qu'elles sont stressées, des fois des gens qui me disent qu'ils cherchent des outils... ça peut venir spontanément d'eux : « je recherche des outils pour me sentir plus détendu », enfin c'est un peu plus rare ça, car ils ne vont pas le formuler directement comme ça. Ou bien enfin des gens qui en ont déjà fait, ou qui font déjà des pratiques comme la relaxation, la sophrologie, la méditation, etc. L'hypnose étant une compétence, à partir du moment où quelqu'un fait déjà ce genre de pratiques, il va avoir déjà développé ce type de compétences. Même si ce n'est pas parfaitement la même chose... et en même temps c'est des choses qui se ressemblent... donc je sais que je peux leur proposer cet outil-là en plus du traitement classique, et à chaque fois c'est une proposition parce qu'il faut tenir compte déjà des croyances de la personne. Il y a toute une façon d'amener l'hypnose en fait, je le propose plusieurs fois, et il y a certaines fois où on ne le fait pas. Evidemment ça dépend de la patiente. Il m'est déjà arrivé avec une patiente, qu'elle me dise clairement que sa religion ne l'autorisait pas à faire de l'hypnose. Dans ce cas je ne vais surtout pas chercher plus loin... A chaque fois je demande aux patientes : « pour vous, qu'est-ce que l'hypnose ? » et on en parle ensemble. Souvent les patientes me répondent « pour moi c'est prendre le contrôle de quelqu'un d'autre » ... donc je leur explique que ça c'est ce qu'on voit dans les spectacles, on en parle ensemble, de quelle façon moi je le pratique. Voilà, pour que ce soit elles qui décident ensuite de le faire ou non.

- Ok. Est-ce qu'il y a des méthodes en particulier que vous pratiquez plus ?

- Oui, il existe différentes techniques. Alors tu peux partir sur des choses très simples, parfois ça peut arriver que je ne mentionne même pas qu'on va faire de l'hypnose... En pelvi-périnéologie notamment, ça peut m'arriver qu'en fait, quand je vois que les patientes peuvent être très stressées, très douloureuses et avec beaucoup d'appréhension, je peux très vite les amener à se focaliser sur leur respiration. On va petit à petit amener spontanément quelque chose qui va être de l'hypnose ou de la relaxation, et si je vois que ça prend et que ça les aide, on part dans cette direction : donc du coup, sentir que la respiration va dans le corps, qu'elle détend... c'est amener les patientes à se focaliser sur la sensation de respiration. C'est arrivé de nombreuses fois. Sinon, on peut travailler sur un souvenir positif. C'est une technique que je propose souvent, par exemple une personne qui a besoin de se sentir plus détendue, je lui demande si elle a un souvenir de quelque chose dans lequel elle se sent bien et relaxée. Donc en fait on travaille comme ça, sur la remémoration d'un souvenir : on revit le souvenir avec toutes les sensations autour. Ça peut être aussi ce qu'on appelle le lieu de sécurité, où on va ensemble élaborer un endroit qui amène à la patiente de la détente. Enfin à chaque fois c'est en fonction des objectifs qu'on a défini ensemble avec la patiente, c'est-à-dire qu'on définit de quoi elle a besoin, de quelle façon on va le faire... voilà, et après il existe des pratiques un peu plus hybrides : où au début on va partir sur de la respiration, puis on va aller dans un endroit sécurisant, etc. Mais moi c'est essentiellement ça que j'utilise. Et très ponctuellement aussi, je peux utiliser ce qu'on appelle la réification, c'est-à-dire si la patiente me décrit une douleur de type dyspareunie, en disant : « j'ai l'impression d'avoir des lames de couteau tranchantes dans le vagin », là on va travailler sur les différents aspects de l'objet imaginé et venir le modifier pour soulager au maximum la personne.

- Donc du coup, vous utilisez parfois l'hypnose seule ou parfois associée à d'autres techniques de kiné ?

- Tout à fait, ça m'est arrivé voilà de placer des patientes sous hypnose pendant qu'on massait, qu'on mobilisait ou qu'on ait besoin de travailler en interne avec des supers résultats, voilà. Dans les cas les plus complexes, l'hypnose a vraiment facilité les prises en charge : on a réussi parfois à obtenir de vrais résultats avec des patientes pour lesquelles on stagnait, clairement.

- Ok, ça marche. Généralement, quels sont les réactions et les retours des patientes lorsque vous pratiquez l'hypnose ?

- Je dirais 95% du temps elles sont contentes... enfin non elles sont tout le temps contentes en fait [rires] ! A partir du moment où on travaille avec l'accord des patientes, je travaille toujours avec leur accord... comme elles ont donné leur consentement et que l'on a bien discuté de ce que c'était exactement et tout... oui elles sont souvent super contentes. Après ensuite, je leur apprend à le refaire à la maison : et là c'est de l'autohypnose. L'idée c'est qu'elles refassent les exercices à la maison, en dehors des séances. La plupart des femmes refont les techniques qu'on a vu et qu'elles ont bien compris... Oui, une grosse majorité reproduit ce qu'on a vu ensemble, et avec des bons résultats.

- D'accord. Maintenant selon vous, existe-t-il des enjeux à intégrer l'hypnose dans la prise en charge spécifique de patientes qui souffrent d'endométriose ?

- L'endométriose est une douleur chronique... déjà il n'y a pas que le côté « lésions inflammatoires » à traiter ... il y a aussi tout le côté qui comprend les conséquences de la

pathologie, comme notamment l'hypersensibilité. On va avoir des modifications de la sensibilité superficielle, on va avoir tout le contexte d'hyperalgie locale au niveau de la sphère pelvi-périnéale, où comme l'endroit fait mal, il est tendu. Et comme il est très tendu, évidemment c'est plus douloureux au contact, au toucher. La douleur s'installe, et devient persistante en fait. Donc en général quand on pratique les techniques d'hypnose, on travaille beaucoup en visualisation, on travaille avec la respiration, on travaille aussi un peu plus la discrimination, ça aide ! Car il y a beaucoup de patientes pour qui le toucher est douloureux, et finalement quand on creuse un peu, et qu'on parvient à leur faire analyser leur sensation, elles prennent conscience que ce n'est finalement pas une « vraie » douleur... en fait grâce à l'hypnose, les patientes parviennent à suffisamment se détendre pour accepter le toucher, et donc elles se rendent compte qu'en fait... un toucher est un toucher... Elles ont tellement ancré en elles que le toucher est douloureux, parce que toute la zone est en alerte et hypersensible, qu'en réussissant à enclencher le processus de désensibilisation, en déconnectant légèrement les réseaux hyperalgiques... on peut voilà, avec l'hypnose, abaisser leur niveau de sensibilité et commencer à envisager un peu de soulagement. Et du coup c'est en ça que c'est intéressant, l'hypnose là ça facilite la prise en charge clairement ! On arrive à investir différemment la zone, qui est représentée comme une source de douleur et de souffrance..., à partir de sensations beaucoup plus positives. Donc on engendre des remaniements au niveau de la perception de la zone, on modifie certaines croyances, et on montre aux femmes qu'un soulagement de leur douleur est possible. En fait on a mis un peu sur « off » leur douleur le temps de la séance grâce aux techniques d'hypnose, et ça c'est un vrai message d'espoir pour elles... Aussi... oui ! L'hypnose facilite la prise en charge car encore une fois, comme je te le disais, elle permet d'optimiser ta communication avec la patiente, et donc naturellement tu as une meilleure alliance thérapeutique. Et pour ces femmes endométriose, c'est un élément primordial dans le traitement. Ensuite, de réussir à leur donner les clés pour pouvoir gérer elles-mêmes, grâce à l'autohypnose, leurs douleurs, clairement oui... là c'est un élément super positif ! Tu développes leur sentiment d'auto-efficacité face à la douleur... où elles étaient victimes de la douleur, elles peuvent reprendre la main et le contrôle dessus, dans une certaine mesure. Et on sait que l'auto-efficacité sur la persistance des douleurs, c'est quelque chose de très important à développer. Faut rappeler quand même que les douleurs chroniques d'endométriose restent encore chez certains médecins et... et dans l'imaginaire collectif... ça reste une maladie un peu invisible, qui touche une zone encore pas mal tabouiser (si ça se dit [rires]), et qui n'est pas forcément comprise par l'entourage... donc ça affecte les patientes dans leur vie de tous les jours, à leur travail, dans leur couple, dans leur vie de famille et leur vie sociale... Et du coup tu as une espèce de repli voilà. De leur redonner un peu la main sur leurs douleurs, qui régissent clairement leur quotidien, c'est un vrai encouragement pour elles.

- Ok. Et est-ce que vous pensez qu'il y aurait du coup un profil « type » de patiente qui serait davantage réceptive à l'hypnose ? Selon par exemple l'âge, la catégorie socio-professionnelle, peut-être les antécédents aussi personnels et médicaux...

- C'est compliqué d'établir un profil « type » ... je pense qu'il faut une certaine capacité de compréhension et de visualisation ! Si tu es avec quelqu'un qui a des difficultés de compréhension... une barrière de la langue ou des choses comme ça. Ou bien quelqu'un pour qui les mots, les images que tu évoques ne lui parlent pas du tout... en fait, parfois tu ne partages pas les mêmes cultures, le même vécu ni le même imaginaire que ta patiente, donc c'est important d'adapter ton vocabulaire, ton champ lexical, pour créer un vrai partenariat,

une sorte de connexion entre toi et la patiente... de sorte à convenir au maximum à ses besoins. Et comme je l'ai mentionné tout à l'heure, je pense qu'il va y avoir aussi les croyances de la patiente liées à l'hypnose... typiquement, une personne âgée est généralement moins encline à découvrir et à pratiquer l'hypnose qu'une patiente des nouvelles générations, donc indéniablement moins réceptive ! Donc ça c'est le rôle du praticien de bien démystifier l'hypnose, de présenter systématiquement en toute honnêteté ce que c'est et de quelle façon on le fait. Après il y a des personnes avec qui ça ne sera pas... voilà ça ne sera pas possible... ce sera un refus de leur part ! Donc voilà... il y a des personnes qui n'adhèrent pas, tout simplement en fait... qui vont le dire dès le début : « moi les trucs de respiration, de visualisation, je n'y arrive pas, ce n'est pas mon truc, ça ne me convient pas ». Donc là moi je n'insiste pas en fait.

- Ok, d'accord. En conclusion, quelles ont été vos motivations à participer à cette étude ?

- Parce que... j'avoue que c'est assez rare les mémoires, les choses sur l'hypnose. Encore plus dans le domaine de la pelvi-périnéologie. Et comme ça me fascine, j'ai répondu avec plaisir à ta demande !

- C'est gentil merci. Super, est-ce que vous avez des remarques particulières à faire pour terminer ?

- Non, tout est ok. C'était super !

- Parfait [rires] ! Merci beaucoup de m'avoir accordé de votre temps. Je vais mettre fin à l'enregistrement.

Intérêt de l'hypnose dans la prise en soins masso-kinésithérapique des douleurs pelviennes chroniques liées à l'endométriose

Contexte : Aujourd'hui 1 femme sur 10 souffre d'endométriose, pathologie chronique complexe et responsable de nombreux symptômes invalidants tels que des douleurs pelviennes. Les masseur-kinésithérapeutes (MK) se retrouvent parfois en échec thérapeutique face à la complexité de prise en soins (PES) de ces douleurs. Plusieurs études ont démontré l'efficacité de l'utilisation de l'hypnose dans la PES des douleurs chroniques dans le cadre de fibromyalgie, de lombalgie chronique ou encore de céphalée. Cet outil pourrait alors présenter des bénéfices intéressants pour le traitement des douleurs d'endométriose.

Objectif : L'objectif principal était d'étudier les enjeux de l'intégration de l'hypnose dans la PES des femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques liées à l'endométriose.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été effectuée. L'échantillon était constitué de quatre femmes MK formées et pratiquant l'hypnose auprès de patientes atteintes d'endométriose. Le corpus obtenu a fait l'objet d'une analyse thématique.

Résultats : Les MK interrogés remarquent, grâce à l'intégration de l'hypnose, une diminution du ressenti douloureux des patientes endométriosiques. Ces dernières gèrent mieux leurs douleurs au quotidien, notamment grâce à l'apprentissage de l'autohypnose. Les MK expriment savoir mieux communiquer avec leurs patientes, ce qui renforce l'alliance thérapeutique et optimise leurs PES.

Conclusion : L'intégration de cet outil représente un réel atout pour la PES des patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques d'endométriose, en améliorant notamment les compétences communicationnelles des MK. Agir sur les facteurs psychosociaux de la douleur avec l'hypnose mène à une PES bio-psycho-sociale plus globale, venant enrichir les moyens de rééducation et offrant une diversification de l'activité pour les professionnels formés.

Mots-clés : [endométriose, hypnose, douleurs pelviennes chroniques, masso-kinésithérapie]

Interest of hypnosis in the treatment of chronic pelvic pain related to endometriosis in physiotherapy care

Background : Today 1 out of 10 women suffer from endometriosis, a complex chronic disease responsible for many disabling symptoms such as pelvic pain. Physiotherapists sometimes find themselves at a therapeutic deadlock when faced with the complexity of treating these pains. Several studies have demonstrated the effectiveness of using hypnosis in the treatment of chronic pain in fibromyalgia, chronic low back pain, or headaches. This tool could therefore offer significant benefits for the endometriosis pain's treatment.

Objective : The main objective was to study the issues surrounding the integration of hypnosis in the physiotherapy care of women suffering from chronic pelvic pain related to endometriosis.

Method : A qualitative study through semi-structured interviews was conducted. The sample was composed of four female physiotherapists trained in hypnosis and practicing it with patients suffering from endometriosis. The resulting data corpus underwent thematic analysis.

Results : The physiotherapists interviewed note, through the integration of hypnosis, a decrease in the painful experience of patients with endometriosis. Women manage their pain better on a daily basis, notably through the learning of self-hypnosis. Then, physiotherapists express that their communication is better with their patients, which strengthens the therapeutic alliance and optimizes their care.

Conclusion : Integrating this tool represents a real asset for the care of patients suffering from endometriosis' chronic pelvic pain, notably by improving the physiotherapists' communication skills. Acting on the pain's psychosocial factors with hypnosis leads to a more global biopsychosocial care approach, enriching rehabilitation methods and providing diversification of activities for trained professionals.

Keywords : [endometriosis, hypnosis, chronic pelvic pain, physiotherapy]