dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

UNIVERSITÉ BORDEAUX SEGALEN

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Année 2013

Thèse n°152

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

DE L'UNIVERSITÉ BORDEAUX 2

Présentée et soutenue publiquement

Le 16/12/2013

Par **Marie BREL**

Née le 05/08/1983 à Nice

INTERET DE LA PRATIQUE DE L'HYPNOSE THERAPEUTIQUE PAR DES MEDECINS GENERALISTES REUNIONNAIS EN CABINETS ET EN ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS ET PRIVES

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Bruno Quintard.....Président du jury
Monsieur le Docteur Laurent Cruanes .....Directeur de thèse
Monsieur le Professeur Bruno Brochet .....Membre du jury
Monsieur le Docteur Jean-Marc Franco.....Membre du jury
Monsieur le Docteur Arnaud Winer.....Membre du jury

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

A mon Président de jury :

Monsieur le Professeur Bruno Quintard

Professeur de Psychologie de la Santé
Responsable du Master Professionnel de Psychologie Clinique de la Santé
Président de la Société Française de Psychologie
Bordeaux

Vous m'avez fait l'honneur de présider cette thèse.

Merci pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

A mon Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Laurent Cruanes

Médecin généraliste au centre médical Terrain Fleury, Le Tampon
La Réunion

Merci Laurent d'avoir accepté de superviser ce travail, et de m'avoir aidée activement dans le recrutement des médecins de l'étude et la mise en place de ce projet qui me tenait à cœur. Merci pour tes conseils avisés, ta pertinence et ta grande écoute.
Ta pratique de la médecine est pour moi un exemple.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

A mes Maîtres et Juges :

Monsieur le Docteur Jean-Marc Franco

Coordonnateur du DES de médecine générale subdivision océan indien
Maître de conférences associé des universités de médecine générale
Directeur du département du 3° cycle de médecine générale
La Réunion

Depuis de nombreuses années, votre dévouement auprès des internes de l'Océan Indien nous permet d'avoir un enseignement de qualité et nous vous en sommes tous très reconnaissants.

Je vous remercie de l'intérêt sincère que vous avez porté à mon travail. Merci pour votre présence, votre réactivité et vos recadrages qui ont éclairé mes écrits, ainsi que vos encouragements.

Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et de mon estime.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Monsieur le Professeur Bruno Brochet

Professeur des Universités De Bordeaux II
Praticien Hospitalier
Chef de Service hospitalier du service de Neurologie, Pôle Neurosciences cliniques
Bordeaux

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse.

Veuillez trouver ici, l'assurance de ma sincère considération.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Monsieur le Docteur Arnaud Winer

Praticien Hospitalier en Anesthésie-Réanimation Groupe Hospitalier Sud Réunion, Saint Pierre
Directeur du Département du 3ème cycle de médecine spécialisée
Coordonnateur Médical de l'UE Stage de sémiologie Sud
La Réunion

Je vous suis reconnaissante de votre grande implication auprès des Internes Océan Indien, notamment à Mayotte.
Vous êtes le premier à avoir accueilli mon projet et à m'avoir aidée dans mes premières démarches.

Votre présence honore mon jury de thèse.

Je vous prie d'accepter l'expression de ma plus sincère gratitude.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Un grand merci aux **médecins généralistes de cette étude**, qui ont accueilli avec le sourire mes nombreuses relances, et qui ont eu la patience de proposer des questionnaires à leurs patients.

Votre investissement auprès des patients et votre accompagnement thérapeutique me donnent envie de poursuivre ma formation en hypnose médicale.

Merci d'avoir permis à ce travail de voir le jour.

Un énorme merci également à **Elise Brottet**, épidémiologiste à la Cellule interrégionale d'épidémiologie de Saint-Denis, qui a supervisé ce travail d'analyse et qui a eu la patience de reprendre des bases d'informatique avec moi, avec une incroyable gentillesse.

Ce travail est dédié tout particulièrement :

A ma mère, dont la douceur, la générosité et la grandeur d'âme ont toujours été un modèle pour ma pratique. Merci d'accompagner mes choix, toujours...

A Rebecca, ma sœur et confidente, « qui nous fait rire et qui aime les animaux », merci pour ton soutien et tes conseils avisés, ta belle sensibilité et ton intérêt pour la « métacommunication »...

A Mathieu, pour sa force admirable et sa grande volonté, merci pour tes encouragements permanents, à la Mikinette qui hantait ton enfance de ses révisions sous un bonnet ☺. Ta carte « quand partons-nous pour le bonheur » a accompagné toutes les heures de rédaction de ce travail...

A Anthony, pour ta présence, ton Amour et ta patience de chaque instant...pour ta lecture et tes corrections attentives, Merci d'avoir cru en moi, malgré les pendules et les serpents.

A Mireille et Jourdain, qui m'ont dit un jour de « suivre ma pente en montant », et qui m'ont aidée à traverser les difficultés de ces études et les aléas de la vie.

A mes amis :
Amy : pour cette joie de vivre à toute épreuve, nos fluotages infinis de cours, nos révisions nocturnes dans le Verdon et nos déjeuners-pissenlits, et pour tout le reste qui ne s'explique pas...
A Sarah, qui a grandi à mes côtés dans cet univers de blouses blanches d'internes, qui partage les joies de ce métier, les doutes parfois, et les fou-rires souvent, merci pour ton amitié, tes conseils et nos escapades randonnesques ;)
A Umberto, qui a un courage aussi grand que son cœur, et qui a accompagné mes derniers mois de BU, dans la finesse de son humour décalé.
A Marion, qui a été acceptée dans la dream team, et dont l'immense gentillesse a su remotiver les troupes, en B.Utage comme en footing
A la Only Team mahoraise, et tout particulièrement à mon ami et ancien coloc Lolo, un haineux métalleux au cœur tendre qui a toujours su être là, à Dadou , Eva et à mon

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Petit Prince, ma viet, la Blonde, et Mel, sans qui l'aventure du CHM n'aurait pas eu la même saveur.
A Nouki pour son soutien, sa bonne humeur et son jeu de squash éreintant, à Dodette pour ses conseils et ses encouragements, à Agnès, Toinou, Max, Laurent, Eva et Antoine.
A la jolie Tessa, pour sa sagesse, à Clément, Cindy et Doupette, Jérémy et Florence,à Julien, à Djé et Axel, Yuv, Christophe, Emilie, et tous les réunionnais que je ne cite pas.

A Bérard, Olivia et la petite Loulou dont la présence a égayé ce travail, merci pour nos discussions et nos fou-rires.
A mon Gillou, l'éternel et unique Gillou, pour ses sourires apaisants qui m'ont accompagnée depuis 15ans, malgré la distance.
A Seb, mon jumeau, pour le lien qui nous unit par la pensée.
A Alexandre, mon ancien chef de psychiatrie, premier thésard et compagnon d'écriture.
A Stéphane dont les encouragements quotidiens m'ont aidée pendant la préparation du concours de l'Internat.

Une pensée également pour mes anciens Chefs de Mayotte, qui m'ont aidée à me lancer avec mes premiers patients, Barbie, Assef et tous les autres, à ceux qui ont marqué particulièrement ma formation par leur originalité et de leurs qualités humaines , notamment Loïc Epelboin ,Jean-Hugues Gatina et Catherine Mimran.

A toute l'équipe d'hypnopraxie Yéni, Mag, Amandine et tous les autres, avec qui je plonge dans les bons souvenirs depuis bientôt 2 ans, et avec qui j'avance dans cette formation très enrichissante. Merci au Docteur Guy Chedeau pour cet apprentissage passionnant.

Un grand merci à Isabelle Célestin-Lhôpiteau également qui explique avec une belle fluidité la communication hypnotique, et dont l'humilité et la sagesse sont un exemple.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

Table des matières

INTRODUCTION 18

I. QU'EST CE QUE L'HYPNOSE ? 20

1. CONFUSION SEMANTIQUE 20

2. LES REPRESENTATIONS DE L'HYPNOSE 20

2.1 DEFINITION DE LA REPRESENTATION: 20
2.2 LA MISE EN SCENE CULTURELLE ET SOCIALE DE L'HYPNOSE 20
2.3 LES IDEES REÇUES 21
2.3.1 L'hypnose est magique 21
2.3.2 L'hypnose est un phénomène placebo 21
2.3.3 L'hypnose est un sommeil 22
2.3.4 L'hypnose n'est pas un état naturel 22
2.3.5 L'hypnose révèle la mémoire enfouie 22
2.3.6 L'hypnose comme manipulation psychologique 23
2.3.7 L'hypnose entraine une perte de mémoire 23
2.3.8 La faiblesse d'esprit des patients hypnotisables 24
2.3.9 L'hypnose entraine une perte de volonté 24
2.4 LES REPRESENTATIONS DES SOIGNANTS 25

3. HISTORIQUE DE L'HYPNOSE 26

3.1 DE LA NUIT DES TEMPS 26
3.2 AU MAGNETISME ANIMAL 26
3.2.1 Paracelse 26
3.2.2 Mesmer 27
3.2.3 Puységur 27
3.2.4 Abbe de Faria 27
3.2.5 Deleuze 27
3.3 EN PASSANT PAR L'HYPNOTISME DE BRAID 28
3.4 LES DEBUTS DE L'ERE SCIENTIFIQUE 29
3.4.1 L'Ecole de Nancy de Bernheim et Liebault 29
3.4.2 L'école de la Salpêtrière de Charcot 29
3.4.3 Freud 30
3.4.5 Janet 30
3.5 L'HYPNOSE CONTEMPORAINE 30
3.5.1 Milton H. Erickson 31
3.5.2 Léon Chertok 32
3.5.3 Jean Godin 32
3.5.4 François Roustang 32
3.5.5 Jean-Marc Benhaiem 32
3.5.6 Conclusion de l'historique 32

4. HYPNOSE ACTUELLE 33

4.1 LE DEFI DES DEFINITIONS 33
4.2 L'HYPNOSE COMME ETAT : ETAT MODIFIE DE CONSCIENCE OU TRANSE HYPNOTIQUE 35
4.3 L'HYPNOSE COMME TECHNIQUE DE SOIN : UNE THERAPIE COMPLEMENTAIRE RECONNUE 36
4.4 L'HYPNOSE COMME RELATION 37
4.5 DIFFERENTES FORMES D'HYPNOSE 38
4.5.1 L'hypnose classique et semi-traditionnelle 38
4.5.2 L'hypnose Ericksonienne 38
4.5.3 La nouvelle hypnose 39
4.5.4 L'hypnose humaniste 40
4.5.5 L'hypnopraxie 40

5. L'HYPNOSE, EN PRATIQUE 41

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

5.1 L'HYPNOSE FORMELLE 41
5.1.1 La pré-induction 41
5.1.2 L'induction 41
5.1.3 Le travail thérapeutique 41
5.1.3.1 La dissociation 41
5.1.3.2 L'attention sélective 42
5.1.3.3 La suggestion 42
5.1.4 La sortie de transe 42
5.2 HYPNOSE CONVERSATIONNELLE OU « L'HYPNOSE SANS HYPNOSE » 43
5.2.1 L'impact des mots 43
5.2.2 Définition de l'hypnose conversationnelle 43
5.2.3 Outils de communication spécifiques 44

6. RECONNAISSANCE SCIENTIFIQUE 45

6.1 DES DEBUTS PEU PROBANTS 45
6.2 L'IMAGERIE CEREBRALE COMME VALIDATION SCIENTIFIQUE 45
6.2.1 Électroencéphalographie 45
6.2.2 Imagerie cérébrale fonctionnelle 46

7. CHAMPS D'APPLICATION 48

7.1 REVUES DE LA LITTERATURE : PATHOLOGIES CONCERNEES 48
7.1.1 Douleur 48
7.1.1.1 Anesthésiologie 48
7.1.1.2 Chirurgie 49
7.1.1.3 Douleur aigüe 49
7.1.1.4 Douleur chronique 50
7.1.1.4.1 Douleurs ostéo-articulaires 51
7.1.1.4.2 Fibromyalgie 51
7.1.1.4.3 Douleurs oncogènes 51
7.1.1.4.4 Maladies auto-immunes 51
7.1.2 Pédiatrie 51
7.1.2.1 Douleur 51
Gestes invasifs 52
Vaccination 52
7.1.2.2 Oncologie pédiatrique 52
7.1.2.3 Enurésies 52
7.1.2.4 Bégaiement 52
7.1.3 Les troubles anxieux 53
7.1.4 Oncologie 53
7.1.5 Soins palliatifs 53
7.1.6 Gériatrie 53
7.1.7 Obstétrique 53
7.1.8 Les affections à composante psychosomatique 54
7.1.8.1 Asthme 54
7.1.8.2 Pathologies gastro-intestinales 55
7.1.8.3 Dermatologie 55
7.1.8.4 Douleurs thoraciques non cardiaques 55
7.1.8.5 Rachialgies 56
7.1.9 Sexologie 56
7.1.10 Psychiatrie 56
7.2 CONTRE-INDICATIONS A L'HYPNOSE 57

8. PLACE DE L'HYPNOSE DANS LA MEDECINE GENERALE 58

8.1 DEFINITION DE LA MEDECINE GENERALE ET DE SES CARACTERISTIQUES SELON LA WONCA 58
8.2 DEFINITION DU MEDECIN GENERALISTE 59
8.3 LA MEDECINE GENERALE A LA REUNION 60
8.4 L'HYPNOSE A LA REUNION 60
8.5 DOMAINES D'UTILISATION DE L'HYPNOSE EN MEDECINE GENERALE 60
8.5.1 Motifs de consultations en médecine générale 60
8.5.2 Indications thérapeutiques de l'hypnose et dictionnaire de résultats de consultation de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) 61
8.5.3 Ces patients qui « veulent et ne veulent pas guérir » 61

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

II. ETUDE 62

1. PRESENTATION DE L'ETUDE 62

1.1 CONSTATATIONS A L'ORIGINE DE L'ETUDE 62
1.2 TYPE D'ETUDE 62
1.3 QUESTION DE RECHERCHE 62
1.4 HYPOTHESE DE DEPART 62
1.5 OBJECTIFS DE L'ETUDE 63
1.5.1 Objectif principal 63
1.5.2 Objectifs intermédiaires 63
1.5.2.1 Faisabilité 63
1.5.2.2 Efficacité thérapeutique 63
1.5.2.3 Satisfaction 63
1.5.2.4 Relation médecin / patient 63
1.5.2.5 Focus sur les médecins généralistes en cabinet 63

2. MATERIEL ET METHODE 64

2.1 POPULATION CONCERNEE 64
2.1.1 Médecins 64
2.1.2 Patients cibles 64
2.2 METHODE 64
2.2.1 Mode de recrutement 65
2.2.1.1 Médecins généralistes 65
2.2.1.2 Patients 66
2.2.2 Le recueil des données 66
2.2.2.1 Questionnaires médecins 66
2.2.2.2 Questionnaires patients 67
2.2.3 L'analyse des données 67

3. RESULTATS 68

3.1 ETUDE DES MEDECINS GENERALISTES DE LA REUNION FORMES A L'HYPNOSE 68
3.1.1 Profil des médecins et modes d'exercices 68
3.1.1.1 Caractéristiques personnelles des médecins 68
3.1.1.1.1 Age 68
3.1.1.1.2 Sexe 68
3.1.1.1.3 Temps d'installation à La Réunion 68
3.1.1.1.4 Organisation de travail 68
3.1.1.1.5 Modes d'exercice complémentaires 70
3.1.1.2 Formation à l'hypnose médicale 71
3.1.1.2.1 Pourquoi l'hypnose ? 71
3.1.1.2.2 Sensibilisation 72
3.1.1.2.3 Intérêt d'une initiation universitaire 72
3.1.1.2.4 Formation initiale 72
3.1.1.2.5 Formation continue 73
3.1.1.3 Utilisation pratique de l'hypnose lors des consultations 73
3.1.1.3.1 Début de mise en pratique 73
3.1.1.3.2 Fréquence d'utilisation 73
3.1.1.3.3 Champs d'applications thérapeutiques 74
3.1.1.4 Ressentis du praticien 76
3.1.1.4.1 Satisfaction thérapeutique 76
3.1.1.4.2 Prescription médicamenteuse concomitante 76
3.1.1.4.3 Modification de l'approche des patients 76
3.1.1.4.4 Apport professionnel de la formation en hypnose 77
3.1.1.4.5 Apport personnel 77
3.1.1.5 Limites à l'utilisation de l'hypnose en médecine générale 79
3.1.1.5.1 Le manque de temps 79
3.1.1.5.2 La rentabilité financière 79
3.1.1.5.3 Le manque de pratique lors des formations 79
3.1.1.5.4 L'appréhension du praticien 79
3.1.1.5.5 L'insuffisance de la formation 80
3.1.1.6 Focus sur les médecins généralistes en cabinet 80
3.1.1.6.1 Caractéristiques personnelles 80
3.1.1.6.2 Modes d'exercices complémentaires 80
3.1.1.6.3 Début d'utilisation de l'hypnose 81

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.1.1.6.4 Aménagements ... 81
3.1.1.6.5 Applications thérapeutiques ... 81
3.1.1.6.6 Limites de l'hypnose en cabinet ... 81
3.1.1.7 Conclusion : Ressenti général de l'hypnose en médecine générale ... 82
3.1.1.7.1 Outil efficace ... 82
3.1.1.7.2 Intégration corps /esprit ... 83
3.1.1.7.3 Intérêt pour le médecin généraliste au cœur de la chronicité ... 83
3.1.1.7.4 Le médecin généraliste au cœur d'une relation de confiance ... 84
3.1.1.7.5 Amélioration de la relation plus que du symptôme ... 84
3.2 ETUDE DE SATISFACTION DES PATIENTS ... 85
3.2.1 Caractéristiques de la population étudiée ... 85
3.2.1.1 Age ... 85
3.2.1.2 Sexe ... 85
3.2.1.3 Activité professionnelle ... 85
3.2.1.4 Appartenance ethnique ou religieuse ressentie ... 86
3.2.1.5 Recours aux autres médecines complémentaires ... 87
3.2.2 Motifs de consultations ... 87
3.2.2.1 Indications thérapeutiques ... 88
3.2.2.2 Thérapeutiques antérieures ... 88
3.2.2.3 Recours à des médecines alternatives complémentaires ... 89
3.2.2.4 Fréquence d'utilisation de l'hypnose ... 89
3.2.3 Pourquoi l'hypnose ? ... 89
3.2.4 Ressentis du patient ... 90
3.2.4.1 Efficacité thérapeutique ... 90
3.2.4.1.1 Amélioration du symptôme ... 90
3.2.4.1.2 Début d'action ... 90
3.2.4.2 Modification de la relation avec le médecin ... 90
3.2.4.3 Méthode conseillée aux proches ... 91
3.2.4.4 Inconvénients de l'hypnose ... 91
3.2.4.5 Ressenti général ... 91
3.2.4.5.1 Enthousiasme et satisfaction ... 91
3.2.4.5.2 Nécessité d'une relation de confiance ... 92
3.2.4.5.3 Autonomie ... 92
3.2.4.5.4 Demande d'accompagnement ... 92

4. ANALYSE ... 93

4.1 LES LIMITES DE L'ETUDE ... 93
4.1.1 Etude médecins ... 93
4.1.1.1 Biais de recrutement ... 93
4.1.1.1.1 Absence de liste officielle ... 93
4.1.1.1.2 Médecins généralistes libéraux ou généralistes de formation ? ... 93
4.1.1.2 Recueil de données ... 94
4.1.1.2.1 Taux de participation des praticiens de 85% ... 94
4.1.1.2.2 Recueil en ligne ... 94
4.1.1.3 Questionnaire ... 94
4.1.1.3.1 Intérêt discutable de toutes les questions ... 94
4.1.1.3.2 Absence de question sur l'auto-hypnose ... 94
4.1.2 Etude patients ... 95
4.1.2.1 Biais de recrutement ... 95
4.1.2.1.1 Sélection des patients ... 95
4.1.2.1.2 Taux de participation des patients inconnu ... 95
4.1.2.1.3 Nombre réduit de médecins « recruteurs » ... 95
4.1.2.2 Recueil de données ... 95
4.1.2.2.1 Recueils multiples ... 95
4.1.2.2.2 Influence du médecin ... 95
4.1.2.2.3 Biais des réponses en ligne ... 96
4.1.2.2.4 Biais d'alphabétisation ... 96
4.1.2.2.5 Biais de retranscription ... 96
4.1.2.3 Questionnaire de satisfaction ... 96
4.1.2.3.1 Taille du questionnaire ... 96
4.1.2.3.2 Questions « fermées » ... 96
4.1.2.3.3 Absence d'échelle d'évaluation standardisée ... 96
4.1.3 Critique générale ... 97
4.1.3.1 Quand parle- t-on d'hypnose ? ... 97
4.1.3.2 Difficulté de « nommer » l'hypnose avec les patients ... 97

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

4.1.3.3 Difficulté d'évaluation quantitative 98
4.1.3.4 Difficulté d'évaluation qualitative 98
4.1.3.5 Méthodologie déclarative 98
4.1.3.6 Champs des indications thérapeutiques trop larges 98
4.1.3.7 Différentiation hypnose formelle et conversationnelle non précisée 99
4.2 L'ANALYSE DES RESULTATS 99
4.2.1 Faisabilité de l'hypnose en médecine générale 99
4.2.1.1 Applicabilité de l'hypnose en médecine générale 100
4.2.1.1.1 Champs d'application variés 100
4.2.1.1.2 Indications thérapeutiques ciblées par la médecine générale 100
4.2.1.1.3 Fréquence d'utilisation 100
4.2.1.2 Faisabilité en terme d'organisation 101
4.2.1.2.1 Du temps 101
4.2.1.2.2 De l'espace 101
4.2.1.3 Faisabilité économique 102
4.2.2 Efficacité thérapeutique ressentie 102
4.2.3 Satisfaction des acteurs 103
4.2.3.1 Satisfaction des praticiens 103
4.2.3.1.1 D'un point de vue personnel 103
4.2.3.1.2 Apport professionnel 103
4.2.3.2 Satisfaction des patients 104
4.2.4 Les limites à l'utilisation de l'hypnose en médecine générale 104
4.2.4.1 Le temps 104
4.2.4.2 La rentabilité financière 104
4.2.4.3 Les représentations 105
4.2.5 Particularités des médecins généralistes en cabinet 105

5. DISCUSSION 107

5.1 HYPNOSE ET MEDECINE GENERALE, DES OBJECTIFS QUI SE REJOIGNENT 107
5.1.1 Au cœur du modèle bio-psycho-social de Engel 107
5.1.2 Un état de « mieux-être » 109
5.1.3 Une gestion de l'anxiété 109
5.1.3.1 Anxiété des patients 109
5.1.3.2 Anxiété des praticiens 110
5.1.4 Une gestion de la douleur, physique et morale 110
5.4.5 Une gestion du refus de guérir 112
5.2 UNE NOUVELLE DYNAMIQUE RELATIONNELLE MEDECIN- PATIENT 113
5.2.1 Une adaptation du praticien à son patient : « la science du singulier » 113
5.2.2 Un autre équilibre : une mise au même niveau des deux acteurs 113
5.2.3 Une écoute plus empathique 114
5.2.4 Une amélioration de la relation de confiance 114
5.2.5 Une nouvelle « présence » à l'autre 115
5.2.6 Une relation qui soigne ? 115
5.3 L'AVENIR DE L'HYPNOSE THERAPEUTIQUE EN MEDECINE GENERALE 116

CONCLUSION 118

BIBLIOGRAPHIE 120

ANNEXES 128

ANNEXE 1. LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT ADRESSEE AUX MEDECINE DE L'ETUDE 128

ANNEXE 2. QUESTIONNAIRE MEDECINS 129

ANNEXE 3. LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT ADRESSEE AUX PATIENTS DE L'ETUDE 141

ANNEXE 4. QUESTIONNAIRE PATIENTS 142

ANNEXE 5. LISTE DES 278 RESULTATS DE CONSULTATIONS DE LA SFMG 148

ANNEXE 6. Réponses des médecins à la question ouverte IV.10 : Quel est votre ressenti général quant à l'utilisation de l'hypnose en médecine générale particulièrement? 154

ANNEXE 7. Réponses des médecins à la question ouverte IV.9 : Que vous a apporté l'hypnose d'un point de vue personnel? 156

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

ANNEXE 8. **Réponses des patients à la question des commentaires libres sur l'hypnose en médecine générale.** **157**
ANNEXE 9. Liste des thérapies complémentaires selon la MeSH **158**
ABREVIATIONS **158**

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

« Empruntez un chemin que vous ne connaissez pas, pour aboutir en un lieu que vous ignorez, pour y faire quelque chose dont vous êtes incapable »

François Roustang

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

INTRODUCTION

De tous temps, les techniques hypnotiques ont pris plusieurs appellations pour traverser les âges et les cultures telles que le chamanisme, le magnétisme ou le somnambulisme.
Approche aussi vieille que l'homme, et pourtant mal aimée du monde scientifique, l'Histoire a tour à tour valorisé puis dénigré l'hypnose. L'opinion publique a ainsi toujours oscillé entre fascination et méfiance à son égard.
Actuellement, l'hypnose thérapeutique est reconnue par l'académie nationale de médecine comme étant une **thérapie complémentaire** et plus de **700 essais cliniques** à son sujet sont répertoriés sur la base de recherche Pubmed.

C'est un état **naturel** que nous expérimentons tous au quotidien de façon spontanée selon un rythme chrono-biologique de quatre-vingt-dix minutes dans un but de récupération ou de protection nous explique Ernest Rossi.

Il est également communément admis que l'hypnose est un **état modifié de conscience** où l'hyperactivité neuronale de certaines régions du cerveau permet **d'accéder aux ressources** propres de chacun. Selon Jean Godin, ce mode de fonctionnement particulier apporte des « *possibilités supplémentaires d'**action de l'esprit sur le corps**, ou de **travail psychologique à un niveau inconscient.*** »
Le médecin formé à l'hypnose aide alors le patient à mobiliser ses propres ressources afin d'améliorer ses symptômes.

Cette pratique médicale en plein essor est enseignée dans les universités depuis une dizaine d'années et n'est plus réservée qu'aux psychiatres et aux anesthésistes.

Fini le temps des pendules et des spirales tournoyant dans le regard d'un hypnotiseur fou, le célèbre serpent de Rudyard Kipling n'a qu'à bien se tenir, car l'hypnose enfile une blouse blanche !

A l'hôpital, on la rencontre en salle d'opération comme complément d'anesthésie, ou dans les centres de traitement de la douleur à titre d'analgésique. Ses applications sont diverses et bien implantées et ne se limitent pas qu'à l'accompagnement thérapeutique.

Or, la médecine générale reste encore assez frileuse sur le sujet et son utilisation n'est pas aussi répandue que dans d'autres spécialités. Les études dans ce domaine sont comparativement beaucoup moins importantes.
Aux vues des champs d'applications nombreux et variés couverts par cette discipline médicale de premier recours, l'hypnose semble être pourtant un outil thérapeutique intéressant.

Le but de cette étude est donc d'évaluer la pertinence de l'utilisation de l'hypnose par des médecins généralistes, en consultations libérales en cabinets ou dans d'autres structures de soin, l'objectif principal pouvant se résumer à la question : **Pourquoi et comment utiliser l'hypnose en médecine générale**, que ce soit en cabinet ou dans d'autres établissements de santé ?
Les objectifs plus détaillés sont d'étudier la **faisabilité** ainsi que l'**applicabilité** de la pratique de cet outil thérapeutique dans différentes structures de santé de médecine générale, d'évaluer **l'efficacité ressentie** des deux acteurs ainsi que l'**apport** de l'hypnose dans la **relation** médecin/patient.

Par intérêt personnel, et parce-qu' il y a malgré tout des différences dans les modes d'exercices, un des objectifs secondaires est de faire un **focus sur les médecins généralistes en cabinet** et d'en dégager les particularités par rapport aux autres généralistes exerçant dans des services hospitaliers d'urgence, de rééducation, en médecine préventive ou en protection maternelle et infantile.

Dans une première partie, nous allons tenter de définir ce vaste terme d' « hypnose » car la sémantique est pour ce sujet primordiale.
En effet, les représentations historiques et culturelles, souvent associées au monde du spectacle, collent à la peau de cette méthode thérapeutique. Mais elles sont indissociables des résistances qu'elles entrainent chez les patients, comme chez les soignants.
Nous reviendrons également sur les étapes historiques qui ont finalement amené l'hypnose à sa notoriété actuelle. Sa reconnaissance scientifique contemporaine sera abordée grâce, en particulier, aux progrès de l'imagerie cérébrale.
Nous détaillerons ensuite ces études scientifiques qui rassurent notre esprit cartésien médical, et qui ont ouvert alors les nombreux champs d'application de l'hypnose.
Et nous verrons enfin la place que peut occuper l'hypnose dans la médecine générale, au cœur même de sa définition et dans ses domaines d'utilisation.

Dans une seconde partie, nous présenterons notre travail de recherche, la méthodologie de l'étude, les résultats de l'enquête des médecins généralistes formés à l'hypnose sur l'île de La Réunion ainsi que l'étude de satisfaction de leurs patients.
Ensuite nous analyserons les résultats obtenus en précisant en premier lieu les limites de ces deux études puis en apportant dans un deuxième temps les éléments de réponses à nos objectifs.
Et pour finir, nous aborderons, à la lumière de notre étude et de la littérature, les caractéristiques communes de l'hypnose et de la médecine générale et nous décrirons l'impact de l'hypnose sur la relation thérapeutique médecin/patient.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

I. QU'EST CE QUE L'HYPNOSE ?

« Faites confiance à votre inconscient. C'est une façon formidable de vivre, une charmante façon d'accomplir les choses » Erickson

1. Confusion sémantique

Le terme d'hypnose a une multiplicité de définitions à son actif, des sens variés ainsi que de nombreuses représentations.
Le mot en lui-même nous perd, et dessert certainement plus qu'il n'aide dans le milieu médical, car il est associé à beaucoup de choses qui ne sont ni thérapeutiques ni bienveillantes.
Il est donc important de mieux connaître ces représentations de l'hypnose pour pouvoir répondre au mieux aux attentes des patients, voire des praticiens. D'où l'intérêt de détailler ci-après les nombreuses idées reçues qui entourent cette hypnose mystique.

2. Les représentations de l'hypnose

"Ignorance and superstition precede knowledge and wisdom."

Journal of National Medical Association, 1959.

2.1 Définition de la représentation:

Barthassart, Lagger et Golay (2008), définissent la représentation comme *« une association d'informations, d'images, de sentiments qui nous servent à penser, communiquer avec autrui, mais surtout orientent nos comportements. Il s'agit de notre* ***façon de percevoir le monde****, d'y donner sens, de nous représenter notre relation aux autres et à l'action.* (1)
Elles sont un moteur du comportement humain et peuvent donc jouer un rôle dans l'acceptation d'une thérapie. De plus, selon Michaux , « la représentation de l'hypnose joue ainsi un rôle central dans la détermination des attitudes du sujet et de l'hypnothérapeute par rapport à l'hypnose » (2)

2.2 La mise en scène culturelle et sociale de l'hypnose

Le terme d'hypnose est malmené par l'image **d'hypnose de cirque sociétale** qui prédomine et par ses nombreuses représentations. Il n'est donc pas aisé d'expliquer ce qu'est l'hypnose moderne en faisant abstraction de celles-ci : Difficile de ne « pas penser » au pendule de l'hypnotiseur de spectacle ou aux yeux du serpent du livre de la jungle par exemple.

L'hypnose a toujours été **scénarisée**, et sa connotation magique contribue à jeter le doute sur les approches rigoureuses réalisées dans un but thérapeutique. Mais le corps médical en est en

partie responsable: les **tâtonnements empiriques** et les **allers et venues idéologiques** n'ont pas joué en sa faveur. Le terme a été maintenu mais a été très handicapé par tout ce qui s'est passé à l'époque des représentations magistrales.
La confusion reste donc entière dans l' « inconscient collectif » qui s'attend à une rupture de contact avec l'environnement voire à un phénomène cataleptique impressionnant.

2.3 Les idées reçues

> ***« Ce ne sont pas les choses qui nous troublent, mais l'opinion que nous nous faisons des choses. » Epictète (1er siècle après J.C)***

Il faut reconnaitre que l'hypnose a toujours été affublée de **significations hétéroclites** issues des médias, des spectacles, des valeurs sociales ou culturelles, et de l'histoire même de l'hypnose. Il y a dans toutes ces idées reçues une notion de **perte de contrôle** qui peut inquiéter le patient. C'est pour cela qu'il est important que le thérapeute **explore les croyances** de chaque patient **pour améliorer son acceptation de l'hypnose dans le soin**.

Si nous reprenons point par point les principales idées reçues générales :

2.3.1 L'hypnose est magique

Cette notion revient dans tous les articles analysés et elle est à rapprocher au lien que font les gens entre hypnose et ésotérisme et à la capacité de celle-ci à modifier les facultés mentales.
La confusion vient aussi du fait que l'ésotérisme a repris à son compte quelques phénomènes hypnotiques comme l'écriture automatique. (3)
Certains lui attribuent un caractère miraculeux, et s'attendent donc à avoir en face d'eux un thérapeute particulier, charismatique voire un peu étrange.
Mais avec l'avancée de la science, les mécanismes de l'hypnose sont maintenant bien connus et les phénomènes pris pour magiques ou miraculeux s'expliquent de façon très rationnelle de nos jours.
Il est d'autant plus intéressant d'expliquer cela aux patients, de rappeler que de nombreuses recherches valident l'hypnose thérapeutique, de la ramener à quelque chose de plus rationnel et de la recadrer dans le contexte médical où l'on se trouve.

2.3.2 L'hypnose est un phénomène placebo

Comme l'hypnose, le placebo a longtemps été considéré comme un sujet impopulaire, rejeté par la communauté neuroscientifique, soulignant les difficultés à appréhender ses mécanismes d'action. Le placebo et l'hypnose ont le pouvoir commun de moduler la douleur par des processus cognitifs. À cet effet, l'équipe de Kupers s'est intéressée en 2005 aux différences et similitudes du substrat neuronal, provoquées par l'effet analgésique de l'hypnose et d'un placebo. Certaines aires impliquées dans le contrôle de la douleur sont communément activées pendant l'action analgésique de l'hypnose et du placebo, mais il n'y a pas de superposition objectivable des différentes aires activées. De plus il a été démontré par plusieurs personnes **l'antagonisation par la naloxone de l'action analgésique du placebo, ce qui n'est pas le cas de l'analgésie hypnotique**.(4)

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

2.3.3 L'hypnose est un sommeil

Cette assimilation partielle de l'hypnose au sommeil fit autorité à l'époque de Braid, et reste encore d'actualité de nos jours, simplement par le fait que les patients ferment souvent les yeux à l'occasion d'une séance, afin de favoriser la concentration intérieure, mais cette condition n'est pas indispensable.
Cependant, les neurosciences montrent le contraire : l'hypnose est un **état de veille**, et qui plus est avec une grande activité cérébrale.

Mais comment ne pas être dubitatif, nous prenons bien des médicaments « **hypnotiques** » pour nous aider à nous endormir…

2.3.4 L'hypnose n'est pas un état naturel

Contrairement à ce que l'on pense, l'hypnose est, **AVANT TOUT, un état naturel**, et elle est expérimentée spontanément par nous tous, dans nos activités du quotidien. Par exemple lorsque nous sommes tellement absorbés par la lecture d'un livre que nous ne portons aucune attention aux bruits environnants ni au temps qui passe, ou lorsque nous conduisons et que nous n'avons pas réalisé par quel chemin nous avions pris pour nous rendre à destination. D'une manière générale, les activités répétitives, monotones ou qui peuvent s'accomplir sans que la partie consciente et volontaire de nous-mêmes n'intervienne trop, sont des situations favorables au développement de **transes communes de la vie quotidienne** (faire du ménage, dessiner, prendre un bain, faire du vélo…)

Aussi, il a été démontré par Ernest Rossi en 1995 qu'un état de conscience modifié spontané naît en nous toutes les **quatre-vingt-dix minutes** environ, par **réflexe chrono-biologique**.(5)
Ce court moment de repos « ultradien » se caractérise par une quasi-immobilité du corps, un regard fixe et semblant lointain, une déglutition avec une raréfaction des clignements de paupières et une attention diffuse.

Nous expérimentons l'état hypnotique par **réflexe psychologique de protection, de récupération** ou de fuite selon Ernest Rossi**.**

2.3.5 L'hypnose révèle la mémoire enfouie

En effet, une des représentations ressorties est que les témoignages sous hypnose sont plus fiables que ceux effectués en situation standard.
L'hypnose serait une technique de choix pour retrouver la mémoire selon l'avis des personnes étudiées dans cette méta-analyse. Elle permettrait de se rappeler de souvenirs enfouis ou de « **faire ressortir des choses** du passé ou du fond intérieur » comme le dit un patient interrogé dans l'étude du Dr Guichard sur les ressentis des patients sur l'hypnose en médecine générale.(6)
Ce qui est réellement faux : la mémoire ne fait que reconstruire en permanence les souvenirs. Ce qui n'est pas plus différent en hypnose qu'en conversation normale. Nous avons des vécus de souvenirs, qui peuvent se modifier avec le temps, mais pas des souvenirs identiques tels des photographies qui pourraient re-venir. La mémoire « enfouie » ressort, en hypnose comme dans un autre état de conscience, comme un vécu de mémoire, teintée par nos émotions et nos

interprétations. D'où le risque de faire même re-monter de faux souvenirs, que nous nous serions créés, « involontairement ».

2.3.6 L'hypnose comme manipulation psychologique

La peur d'être manipulé revient fréquemment quand on interroge les personnes sur l'hypnose à tel point qu'il peut parfois devenir contre-productif de nommer l'hypnose par son nom. Or, il faut revenir à la définition de manipulation qui est le fait d' « agir sur quelqu'un par des moyens détournés pour l'amener à ce que l'on souhaite ». Mais nous sommes tous et tout le temps dans la manipulation et la suggestion, sans même utiliser le langage. C'est l'intentionnalité de la manipulation qui compte, et c'est un abus de langage de penser que la manipulation n'est que négative. Dans le contexte thérapeutique, l'influence du thérapeute, définie comme l'« ascendant de quelqu'un sur quelqu'un d'autre » a pour but le mieux-être du patient.

Comme Bernheim l'expliquait très bien à la fin du XIXème siècle, la suggestion dans l'hypnose *« n'est pas un fait passif ; ce n'est pas une empreinte simplement déposée dans le cerveau. Le centre psychique intervient activement pour transformer l'impression en idée et pour élaborer celle-ci ; chaque idée suggère d'autres idées, et ces idées se transforment elles-mêmes en sensations, émotions, images diverses ; de cette association d'idées, de sensations, d'images, résulte un travail complexe que chaque individualité réalise à sa façon. »* (7)

L'esprit doit donc **être actif**, il doit **faire mûrir l'idée suggérée**, l'élaborer, ou à l'inverse ne rien en faire, selon ce qu'il décide. (8)

Dans les représentations, la relation hypnotique est envisagée comme **déséquilibrée** avec un thérapeute qui « donne des ordres » et un patient qui « obéit », car c'est comme cela que l'hypnose de spectacle la montre et attire l'attention. Ce qui est beaucoup moins affiché sur les écrans est que les personnes répondeuses aux « ordres » sont celles qui se sont portées volontaires au préalable pour « jouer le jeu ». Elles décident d'obéir.

De nombreux travaux très intéressants en psychologie sociale montrent bien d'ailleurs que des chercheurs ont amené des personnes à se comporter « **en toute liberté » différemment** de la façon dont ils se seraient comportés spontanément, « à l'aide de techniques qu'on peut considérer comme de véritables techniques de manipulation » nous rappellent Joule et Beauvois.(9)

2.3.7 L'hypnose entraine une perte de mémoire

Il est important d'insister sur le fait que, contrairement à certaines représentations de l'hypnose véhiculées par les médias, les personnes sous hypnose ne perdent pas complètement le contrôle de leurs comportements. Elles restent conscientes de leur identité et de leur localisation réelle et elles gardent un souvenir de l'expérience vécue durant le processus hypnotique. **Sauf si une amnésie post hypnotique est suggérée par le soignant** dans un but thérapeutique. (10), c'est-à-dire sauf si le thérapeute suggère à son patient la possibilité d'oublier ce qu'il s'est passé pendant la séance.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

2.3.8 La faiblesse d'esprit des patients hypnotisables

L'opinion générale (de la population mais également du corps médical) confine encore la pratique de l'hypnose à une frange de patients réputés hypnotisables, pour ne pas dire suggestibles. Cette confusion résulte en partie des pratiques originelles qui marquèrent durablement l'hypnose. En effet, Mesmer comme Puységur, son successeur, (dont nous parlerons après dans la partie historique du sujet) attribuaient les modifications de comportements de leurs patients au fluide magnétique de l'opérateur dont le sujet exécutait les ordres. Le résultat obtenu dépendait donc de la force de persuasion et du fluide de l'hypnotiseur qui « donnait des ordres ». Par analogie, il est resté ancré que les meilleures réponses étaient observées avec des patients facilement influençables. (11)

Selon les études menées depuis 1961 par de nombreuses équipes utilisant plusieurs questionnaires de personnalité, abordant les sujets sous des angles différents, il ne semble pas qu'il y ait de lien entre la susceptibilité hypnotique et un trait de personnalité particulier.(12)

2.3.9 L'hypnose entraine une perte de volonté

Le Dr Elisa Brune répond clairement à cette idée reçue classique par un exemple concret illustré en imagerie cérébrale, et souvent testé en séance d'hypnose médicale : la lévitation du bras (13):
Il consiste au fait de dire au sujet que son bras est léger, de plus en plus léger, si léger qu'il va se soulever tout seul. Chaque fois que le sujet répond à cette suggestion, le sceptique pense qu'il simule. Le sujet, lui, prétend que son bras s'est levé tout seul. Or il est bien évident que seuls les muscles du bras peuvent avoir provoqué ce mouvement.

Lorsque l'on regarde en imagerie fonctionnelle (Tomographie par Emission de Positons[1]) les zones cérébrales activées pendant ce lever de bras sous hypnose, le cortex moteur est actif c'est-à-dire que les muscles fonctionnent effectivement, alors que dans la zone liée à la conscience du mouvement (cortex pariétal), il ne se passe rien juste avant le mouvement, puis une activation brutale a lieu juste après. Ce profil d'activité est identique à celui qui se produit lorsque le bras est mis en mouvement par un agent extérieur (quelqu'un vous soulève le bras sans prévenir) : calme plat suivi d'un effet de surprise.
Un comportement peut donc parfaitement être généré de manière volontaire, selon des circuits identiques au mouvement volontaire, et pourtant être **ressenti comme involontaire**, parce que les mécanismes de la prise de conscience ont été modifiés.
Pendant l'hypnose, le mouvement parait involontaire car la zone du cerveau liée à la conscience du mouvement n'est pas activée avant le geste, mais le signal suite le même trajet qu'un mouvement volontaire.

Il a été prouvé à de multiples reprises que si quelqu'un ne veut pas entrer en hypnose, l'hypnose ne « marchera » pas. De même, pendant une séance, s'il y a un problème éthique ou si ce qui est dit ne plait pas, le patient sort de son état hypnotique.

[1] La TEP est une méthode d'imagerie médicale qui permet de mesurer en trois dimensions l'activité métabolique d'un organe grâce aux émissions produites par les positons (ou positrons) issus de la désintégration d'un produit radioactif injecté au préalable. Elle permet de visualiser les activités du métabolisme des cellules : on parle d'imagerie fonctionnelle par opposition aux techniques d'imagerie dites structurelles comme celles basées sur les rayons X (radiologie ou CT-scan) qui réalisent des images de l'anatomie.

2.4 Les représentations des soignants

Les thérapeutes, eux aussi, sont face à des ressentis parfois contradictoires vis-à-vis de l'hypnose, comme par exemple la peur qu'un patient puisse être « bloqué » en transe hypnotique (14)

*« Le **premier obstacle** à l'effet de l'expérience de l'hypnose se trouve dans les **préjugés des thérapeutes**, ou disons plutôt, dans leurs **certitude**s* » déclare François Roustang. (15)

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3. Historique de l'hypnose

« Tel que l'homme s'imagine être il sera, et il est ce qu'il s'imagine ». Paracelse

Savoir d'où vient l'hypnose permet tout d'abord de comprendre la chronologie des concepts car l'histoire de l'hypnose est riche et ancienne, et a ainsi fait évoluer sa pratique de façon importante.
Cela permet également de mieux appréhender toutes les représentations que l'on se fait de l'hypnose car celles-ci sont issues de cette histoire. Cela dit, l'hypnose telle qu'on l'entend maintenant, n'a plus rien à voir avec les techniques décrites initialement comme le magnétisme où il n'était pas question de suggestion ni d'accompagnement par la parole.

3.1 De la nuit des temps

Même si le terme d'hypnose en soi est assez récent (XIXème siècle), des phénomènes de guérison par la suggestion ont été décrits depuis l'Antiquité, comme l'attestent quelques exemples ci-dessous (16):

En **Egypte** pharaonique, on retrouve des papyrus relatant des séances de soins par suggestion pendant le sommeil.
On aurait découvert des premières traces il y a déjà plus de 6000 ans, en Mésopotamie, où les sumériens pratiquaient déjà l'accompagnement en paroles. Un manuscrit décrit des guérisons obtenues grâce aux Etats Modifiés de Conscience. Les trois états de transe hypnotiques (re)découverts au 19ème siècle par Charcot y sont même déjà expliqués (la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme formant ensemble le « grand hypnotisme »).

Il y a 3000 ans, en **Europe**, en Amérique ou en Afrique, on retrouve des **druides** et des **prêtres** utilisant des coutumes de soins et des rituels qui incorporent certains éléments de notre hypnose thérapeutique moderne.

Au IIIème siècle, encore en Egypte, un manuscrit relate l'existence de "**temples du sommeil**" où les gens sont mystérieusement soignés… Les prêtes de ces temples parlaient à l'oreille de leurs patients assoupis, leur offrant de "douces paroles guérissantes".

Même dans la **religion chrétienne,** la pratique de guérisons spectaculaires est encouragée.
On retrouve de nombreuses traces de ce type de thérapeutique par « imposition des mains ».

3.2 Au magnétisme animal

3.2.1 Paracelse

En 1529, Paracelse, célèbre médecin et alchimiste suisse, livre les premières données scientifiques (pour son époque) sur le "magnétisme animal", tel que l'appellera Mesmer. C'est **le premier qui évoque l'action de l'esprit sur le corps**.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.2.2 Mesmer

Cependant il est généralement admis par la plupart des auteurs que l'histoire officielle et scientifique de l'hypnose commence en 1766, avec le docteur Franz Anton Mesmer, médecin allemand et disciple spirituel de Paracelse, inspiré par sa pratique et ses écrits. Il devient le premier "psychothérapeute" des temps modernes en inventant le terme de "Magnétisme Animal". Selon lui le corps est traversé par un fluide qui conditionne l'état de santé d'un individu. Et grâce à ses techniques de magnétisme (imposition d'aimants sur le corps), il essaie de rétablir l'équilibre de ce fluide dans le corps pour soigner car les maladies sont expliquées comme des entraves à la circulation du fluide. Ses agissements provoquent cependant une polémique dans le monde scientifique. Une commission d'enquête nommée par le roi Louis XVI en 1784 rendit un verdict tranché : il ne s'agissait rien d'autre que d'une *« médecine d'imagination »*.(17)
Le contexte puritain de l'époque, effrayé de la proximité thérapeute/patient, redoute d'éventuels travers "sexuels" des mesmériens. Le discrédit qui s'en suit signera la fin ponctuelle de l'âge d'or du mesmérisme.

3.2.3 Puységur

En 1784, le marquis de Puységur, disciple le plus connu de Mesmer, découvre par hasard la transe somnambulique en hypnotisant un jeune berger. Il ne renie pas la théorie de Mesmer mais il s'intéresse plus à l'état induit lors de la crise magnétique, qu'il décrit comme être entre la veille et le sommeil et qu'il appelle « somnambulisme magnétique » et dans lequel la crise convulsive n'est pas nécessaire. Dans cet état, le sujet conserve son activité, et peut soutenir une conversation. Pour lui, la personne magnétisée est à l'origine de sa propre guérison mais la volonté de guérir du thérapeute n'en est pas moins essentielle. Soigné et soignant ont une égale importance dans le rapport thérapeutique et la parole est placée au centre du processus.
Les concepts de l'hypnose moderne sont contenus alors dans cette approche.(18)

3.2.4 Abbe de Faria

Puis l'Abbé de Faria, moine portugais et professeur de philosophie ayant inspiré le personnage du comte de Monte-Cristo d'Alexandre Dumas, est aussi un élève de Mesmer. Il pose les premiers fondements de ce qui deviendra "l'École de Nancy" en insistant sur la prépondérance de la **suggestion**. Il publie en 1819 « De la cause du sommeil lucide ou étude de la nature de l'Homme ». C'est la naissance du "sommeil lucide", qui deviendra l'hypnose. Ce sommeil est induit selon lui par la concentration de l'âme sur elle-même qui se libère des sens. Il dit ainsi dans son ouvrage : *« Nous avons remplacé le mot magnétisme animal par le mot concentration. On verra dans la suite que ce mot renferme dans sa signification naturelle la cause que nous cherchons du sommeil lucide. De même, le mot somnambule sera caractérisé par le mot grec épopte, qui signifie : celui qui voit tout à découvert*. » La cause de ce sommeil est selon lui dans la volonté du sujet lui-même.(19)

3.2.5 Deleuze

En 1824 Deleuze , disciple de Puységur, insiste sur le **rapport affectif** entre thérapeute et patient. Il codifie la pratique du magnétisme et le propulse à nouveau au premier rang des thérapies de l'époque. Il écrit « ***1'histoire critique du magnétisme animal*** » qui retrace

l'ensemble des recherches menées jusqu'à cette date. Cet ouvrage reste encore pour les scientifiques actuels une référence en la matière. Partout en Europe, dans les cours royales et impériales, on soigne par mesmérisme. D'ailleurs en 1831, un nouveau rapport des Académies de Médecine et de Sciences conclue en faveur du magnétisme animal et recommande de l'introduire dans le cadre des connaissances médicales et d'en réserver l'usage aux seuls médecins.

Puis les premières interventions chirurgicales sont réalisées sous hypnose.
En 1829, Jules Cloquet réussit la première ablation d'un cancer du sein sous hypnose (en fait technique à base de magnétisme animal, le mot "hypnose" n'ayant pas encore été inventé) et Dudet pratique la première extraction dentaire sans douleur.

3.3 En passant par l'hypnotisme de Braid

En 1841, James Braid, chirurgien écossais, découvre les techniques du magnétisme animal lors d'une démonstration donnée par le célèbre magnétiseur français Lafontaine. Il fait renaitre le mesmérisme de ses cendres mais lui préfère une explication plus rationnelle (20). Il pose les bases scientifiques de ce qu'il nomme "Hypnose" en introduisant la notion de suggestion et en la plaçant au centre du phénomène hypnotique. L'hypnose est pour lui un phénomène neurophysiologique permettant de plonger le patient dans un sommeil artificiel particulier par fixation visuelle, ce n'est donc plus surnaturel.(21)
Lorsque le sujet se trouve dans cet état Braid affirme que l'imagination de l'individu devient si importante que toute idée suggérée par l'hypnotiseur ou autosuggérée devient réalisable.

L'hypnose étant officiellement née, il crée dans la foulée la notion de **monoïdéisme** : selon lui la transe hypnotique survient lorsque le patient est concentré sur une seule et unique idée. La théorie du magnétisme, trop impalpable, tend à être remplacée par l'idée d'une relation patient/thérapeute. Il propose alors le terme d' « **hypnotisme** » à la place de « magnétisme »
Braid utilise l'hypnose pour anesthésier ses patients avant de procéder à des interventions chirurgicales, même lourdes.

L'hypnose connaît son âge d'or et commence à être utilisée par des professionnels de santé. De nombreux médecins s'intéressent à ses procédés et se lancent dans la pratique de l'hypnose comme méthode anesthésique ou analgésique en chirurgie, notamment l'anglais John Elliotson (inventeur du stéthoscope), et introduisent ainsi l'hypnose à l'hôpital.

Jules Cloquet (1790-1867) fut le premier à utiliser l'hypnose seule, au cours d'une mastectomie unilatérale. James Esdaile (1808-1859), britannique exerçant en Inde, reprend l'expérience française lors de nombreuses interventions urologiques, avec une baisse du taux de mortalité étonnante (de 40 à 5 %) (22). Il fait état de plus de **trois cents interventions chirurgicales majeures sous hypnose** (amputation de membres, extirpation de varicocèles et tumeurs du scrotum, ablation d'une volumineuse tumeur maxillaire etc..). (20)

L'hypnose fascine, mais reste toujours controversée ; elle est source de bon nombre de polémiques qui dépassent le cadre médical (influences politiques, religieuses, etc.) et elle dérange. Par ailleurs, en 1846, l'apparition du chloroforme, jugé plus sûr, met fin à la vague de l'anesthésie hypnotique et l'hypnose décline, retournant pour un temps dans l'oubli.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.4 Les débuts de l'ère scientifique

Après le décès de Braid, l'intérêt pour l'hypnose s'atténue pendant quelques années, certainement à cause des préjugés médicaux qui lui refusaient toute légitimité scientifique.
L'intérêt pour l'hypnose ressurgit avec force vers 1880, grâce à deux écoles de médecine :
Celle de Nancy, et celle de la Salpêtrière à Paris.(23)

3.4.1 L'Ecole de Nancy de Bernheim et Liebault

Le Docteur Liébault, médecin de campagne installé plus tard à Nancy, se passionne pour l'hypnose dès les années 1960 et tourne le dos à la médecine officielle, se retrouvant rejeté de ce fait par le corps médical de l'époque. Il accorde la plus grande importance à l'histoire personnelle du patient, persuadé que dans les évènements du passé peuvent se trouver les origines des maladies.
Les théories du Docteur Liébault restent longtemps ignorées, jusqu'à ce qu'un professeur de la faculté de médecine de la même ville s'y intéresse et commence à les expérimenter : C'est le Docteur Hippolyte Bernheim qui lui propose alors une collaboration et avec qui il fonde l'école de Nancy. Ils préconisent une approche douce, persuasive, dénuée d'agressivité et soulignent que l'hypnose est un état « normal » et non pathologique. Ils insistent surtout sur l'importance de la suggestion verbale.
L'hypnose est alors réintroduite en milieu hospitalier et universitaire, et c'est une consécration pour Liebault qui fut dénigré initialement par ses confrères.

3.4.2 L'école de la Salpêtrière de Charcot

En 1878, Jean-Martin Charcot, médecin de renommée internationale et fondateur de la neurologie moderne, fonde l'École de la Salpêtrière : l'hypnose est selon lui un état pathologique rattaché à l'hystérie, confusion due au grand nombre d'hystériques dans ses patients. Il la classe donc parmi les états pathologiques issus d'un trouble fonctionnel du système nerveux.
Il s'agit pour lui de névrose expérimentale composée de trois grands états : la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme formant ensemble le « grand hypnotisme ». Malgré l'inexactitude de sa théorie, un des mérites de Charcot est d'avoir introduit l'hypnose dans l'hôpital le plus réputé de l'époque et de lui avoir apporté une consistance plus rationaliste.
De là débute alors une bataille d'écoles entre la Salpêtrière de Charcot et l'école de Nancy de Bernhaim: "état physiopathologique" pour la première contre un "état naturel" et une approche psychologique pour la deuxième.

Cette controverse d'idées ne se terminera qu'un siècle plus tard avec la découverte par des chercheurs français des zones cérébrales dédiées aux Etats Modifiés de Conscience. Bernheim finit alors par montrer que l'hypnose n'est pas une manifestation de l'hystérie et que son état n'a pas de caractère pathologique.

C'est encore à Nancy qu'Emile Coué, pharmacien, développe après avoir appris l'hypnose sa célèbre méthode d'auto suggestion. Peu pris au sérieux en France il est cependant accueilli triomphalement en Amérique et en URSS.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.4.3 Freud

Sigmund Freud (1856-1939), dans la foulée de Charcot, pratique aussi l'hypnose. Il critique l'autoritarisme de Bernheim, mais tout en reconnaissant son talent puisqu'il préface la traduction en allemand de son livre. Il admet que les hystériques souffrent essentiellement de réminiscences refoulées dans l'inconscient et met au point une méthode thérapeutique « cathartique » fondée sur la réactivation d'expériences éprouvantes sous hypnose (c'est l'abréaction[2]).
Auteur avec le Dr Breuer d'un livre sur l'hypnose, il fonde sa compréhension, révolutionnaire pour l'époque, des processus psychiques. Il achève sa formation en hypnose à Nancy avec Bernheim en 1889.
Se contentant de traiter simplement les symptômes, à la manière de Liébeault, Freud constate que la disparition de l'un d'eux est suivie de l'apparition d'un symptôme substitutif. Ceci lui sert d'argument pour renoncer à cette méthode et considérer la suggestion hypnotique comme un acte magique trop intrusif. Il reste alors concentré sur sa théorie psychanalytique qu'il va développer, et il reviendra à l'hypnose beaucoup plus tard.

En 1885, se tient à Paris le 1er Congrès International de l'Hypnotisme expérimental et thérapeutique, avec la participation des plus grands noms de l'époque : Liébault, Bernheim, Charcot, Janet (le père de la Psychologie clinique), Richet, Freud, Babinski, William James (père de la Psychologie américaine) entre autres.

Tous les acteurs de cette période essaient alors de sortir l'hypnose de son image ésotérique ou spiritualiste en se basant sur des expérimentations.

3.4.5 Janet

En 1919, l'hypnose est passée de "mode". Pierre Janet, philosophe puis psychologue et enfin médecin poursuit seul en France ses travaux sur le phénomène hypnotique. Il montre que l'hypnose est le résultat d'une conscience secondaire dissociée dite « double conscience » et il découvre le phénomène de la régression hypnotique, qu'il utilise à visée cathartique.
Dans « l'automatisme psychologique » (24), il explique que l'individu est placé à la convergence de multiples informations sensorielles diverses (visuelles, olfactives, kinesthésiques…) et qu'il les intègre dans ce que qu'il appelle la perception.

3.5 L'hypnose contemporaine

L'hypnose a continué alors à se développer à l'étranger, principalement en Russie en Allemagne et surtout aux USA. C'est dans ce Pays que Milton Hyland Erickson, celui qui fut considéré par beaucoup comme le **père de la communication moderne**, révolutionne la pratique de l'hypnose.

[2] L'abréaction est définie, selon le dictionnaire Larousse, comme une décharge émotionnelle accompagnant l'apparition dans le champ de la conscience d'un affect jusque-là refoulé en raison de son caractère pénible. Cela annule alors les effets pathogènes de l'affect lié au souvenir du traumatisme.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.5.1 Milton H. Erickson

Dans une enquête datant de 2006 dans le « Psychotherapy Networker » Milton Erikson est décrit comme l'un des psychothérapeutes les plus influents de tous les temps et classé dans le 'top ten ' aux côtés de Sigmund Freud, Carl Jung, et d'autres encore.(25)
Pour comprendre les fondements de sa pratique, il est important de connaitre quelques éléments de sa biographie car c'est sa propre histoire personnelle qui a conditionné ses apprentissages (26) :
Déjà daltonien et dyslexique, atteint de poliomyélite sévère à l'âge de dix-sept ans, Erickson sort tétraplégique d'un coma de trois jours. Ne pouvant bouger, il meuble son ennui par des jeux d'observation, par lesquels il développe une capacité à percevoir les signes non-verbaux.
Il réapprend à coordonner sa motricité en regardant sa sœur apprendre à marcher, et en moins d'un an récupère une très grande partie de ses capacités musculaires.
Il a même déclaré que la poliomyélite était le meilleur professeur qu'il n'ait jamais eu en ce qui concernait le comportement humain. Il développe pour lui-même des techniques d'auto-hypnose qu'il ne cesse d'explorer et de perfectionner par la suite auprès de ses patients.
Il entame des études médicales et rencontre le Docteur Clark Hull qui le sensibilise à l'hypnose. Ce dernier a une conception classique de celle-ci. Il définit des procédures d'induction universelles.
Erickson quant à lui développe une conception originale et personnelle de cette discipline, considérant qu'elle relève d'un phénomène physiologique naturel et l'aborde de façon très **permissive**. Doté d'une **philosophie humaniste pragmatique**, Erickson est convaincu que les gens sont déjà en possession de ressources qui leur sont nécessaires pour changer. Il met au point un grand nombre de méthodes et de tactiques d'approche interpersonnelle dont l'objectif est de libérer chez le patient les potentialités qui lui permettront d'améliorer son état.
Il met la communication au centre de sa pratique et il « *élabore toute une approche de la pratique hypnotique où la façon d'être à l'autre , de rentrer en communication avec lui pour le mener à faire l'expérience de l'hypnose, est inédite* » (3)

Le patient pour Erickson trouve lui-même la solution qui lui convient le mieux pour guérir. Le thérapeute l'accompagne dans cet **inconscient** qui est « un **vaste réservoir d'apprentissages** » et l'aide à trouver la clé de son problème.

Ses travaux bouleversent les conceptions de l'hypnose et de la thérapie en général. Dès les années 70, les idées d'Erickson sont largement diffusées et vulgarisées. Elles influencent largement les travaux de nombreux chercheurs :
- Bandler et Gringer, qui sont les initiateurs de la Programmation Neuro Linguistique (P.N.L.).
- S.R. Lankton et C. Lankton, qui insistent sur l'utilisation des métaphores en thérapie.
- Ritterman, qui utilise conjointement l'hypnose et la thérapie familiale.
- Barber qui s'intéresse plus particulièrement au travail sur la douleur.

Il faut rappeler qu'Erickson s'intègre à un courant d'idées révolutionnaires en matière de psychologie et de psychothérapie : celui du développement du mouvement écosystémique du groupe de Palo Alto. Celui-ci reconsidère l'importance de l'environnement et du contexte interactionnel dans la genèse de l'apparition des troubles psychiques.

Tout le travail d'Erickson se base sur l'hypothèse humaniste que *« la nature humaine fait mieux que nous.* ». La psychothérapie est faite **par le patient lui-même**, le thérapeute fournissant au patient la possibilité et le contexte pour le faire.(27)

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.5.2 Léon Chertok

Léon Chertok (1911-1991), psychiatre et psychanalyste français, est l'un des rares en France après la seconde guerre mondiale à poursuivre ses recherches sur l'hypnose. (28)
Il essaie de concilier la technique de Freud et l'hypnose considérant que tout le monde est hypnotisable. Il s'intéresse à l'influence de l'esprit sur le corps et crée l'école de la médecine psychosomatique en 1950. Il considère l'hypnose comme le **lien psychosomatique** qui permet une **réunification corporelle** en levant le refoulement.
Il réunit autour de l'hypnose des chercheurs de disciplines variées comme la psychanalyse, la biologie, la philosophie, la sociologie et la médecine et se bat des années durant pour la **reconnaissance de l'hypnose thérapeutique**. Il inaugure enfin à Paris le Laboratoire d'Hypnose Expérimentale en 1972.
Isabelle Stengers, dans son ouvrage « importance de l'hypnose » nous explique son titre en reprenant les paroles de Léon Chertok : « *Un jour on comprendra toute l'importance de l'hypnose. Un jour, on reconnaîtra que j'avais raison, mais je ne serai pas là pour le voir.* » (29)

3.5.3 Jean Godin

Fondateur du premier Institut Milton Erickson Jean Godin et A. Malarevicz introduisent en France les théories éricksonniennes dans les années quatre-vingt, ce qui explique en grande partie le regain d'intérêt actuel pour l'hypnose en France.

3.5.4 François Roustang

Ancien jésuite, philosophe, psychanalyste puis hypnothérapeute célèbre né en 1923, Roustang continue encore aujourd'hui d'enrichir les réflexions sur la pratique de l'hypnose. Il est un des auteurs les plus originaux dans ce domaine.(30)

3.5.5 Jean-Marc Benhaiem

En 1990, le Dr Benhaiem, élève du Dr Chertok, crée l'association française pour l'étude de l'hypnose médicale (AFEHM) et en 2000 le premier diplôme universitaire (DU)d'hypnose médicale en Europe à l'hôpital de la Pitié-Salpétrière. Il fait intervenir des praticiens européens et américains au sein des enseignements

3.5.6 Conclusion de l'historique

L'histoire de l'hypnose est donc jonchée de multiples polémiques, et de conflits au sein du milieu médical. Les acteurs ont eu le mérite de se battre pour un outil thérapeutique en lequel ils croyaient, et ce malgré le scepticisme scientifique de l'époque, jusqu'à l'officialisation de l'hypnose comme thérapeutique médicale.
Tous ces soignants ont utilisé, chacun dans leur domaine, l'hypnose comme art de guérir, et ont ainsi participé à l'évolution des théories sur l'hypnose.
Il est difficile, au sein d'un bref survol historique, de rendre compte de la richesse des faits historiques ou scientifiques qui jalonnent le parcours de cette **discipline « *bizarre, fuyante, toujours fascinante*** » comme la décrit G. Salem (31). Car d'autres acteurs que ceux sus-cités ont eu des rôles plus discrets mais ont influencé les rebondissements de cette pratique et également l'évolution de sa reconnaissance dans le monde médical.

4. Hypnose actuelle

"From a medical standpoint, hypnosis is both a science and an art (in fact, it is the oldest of the medical arts) from which many beneficial results may be derived" Gary Indiana (32)

Issu du XVIIIe siècle, le terme **hypnose** vient du mot grec *hupnoein* qui signifie **endormir**. Il a été attribué par Braid devant l'apparence qu'avaient les personnes hypnotisées (les yeux fermés) et a donc été longtemps assimilé à un état de sommeil. Or il a bien été prouvé que l'hypnose est un **état neurologique bien distinct de la veille ou du sommeil** : c'est un état de veille paradoxal. Mais la confusion reste entière dans l' « inconscient collectif » qui s'attend à une rupture de contact avec l'environnement voire à un phénomène cataleptique impressionnant.

4.1 Le défi des définitions

De nombreuses définitions de l'hypnose ont été élaborées, et reflétaient souvent les convictions théoriques de leurs auteurs.
Il est important de noter qu'**aucune n'a encore fait l'unanimité à ce jour.**

- Selon le dictionnaire Larousse actuel, l'hypnose est « *un état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion.* »

- Selon la British Medical Association[3], l'hypnose correspond à « *un **état passager** de conscience modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément, ou en réponse à des stimulis verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un **changement dans la conscience ou la mémoire**, une **suggestibilité accrue** à la suggestion et l'apparition chez le sujet de **réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel**.* » Elle explique aussi en quoi l'hypnose peut être thérapeutique en rajoutant *: « En outre, les phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices peuvent être, dans un état hypnotique, produits et supprimés* ».(4)

- Pour Milton Erickson, c'est un état de conscience dans lequel on présente au patient une **communication**, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages.

- Daniel Araoz, qui a créé le terme de « nouvelle hypnose », dit en 1982 que c'est un état dans lequel « *les **facettes mentales critiques** sont **temporairement suspendues** »*, et où la personne utilise principalement l'**imagination** ou les processus de pensées primaires. Le niveau d'hypnose, c'est-à-dire sa "profondeur", dépend du degré d'implication imaginaire.(16)

[3] La British Medical Association est une association professionnelle et un syndicat officiel de médecins du Royaume-Uni. Son but est de promouvoir la médecine et les sciences apparentées et de veiller au maintien de l'honneur et des intérêts de la profession médicale.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

- Pour Léon Chertok (1979) *« L'état hypnotique apparaît donc comme un état de conscience modifié, à la faveur duquel l'opérateur peut provoquer des distorsions au niveau de la volition*[4]*, de la mémoire et des perceptions sensorielles - en l'occurrence dans le traitement des informations algogènes ».*

- Pour Michel Kérouac (1996) c'est « *un état et/ou un processus de conscience modifiée, produit par une induction directe, indirecte ou contextuelle, ressemblant parfois au sommeil, mais physiologiquement distinct, caractérisé par une* ***élévation de la suggestibilité*** *et qui produit à son tour certains phénomènes sensoriels et perceptuels. Cet état, que certains auteurs appellent "la transe", est un état naturel que l'on peut vivre tous les jours : lorsqu'on rêve éveillé, lorsqu'on regarde un feu attentivement, lorsqu'on perd temporairement la notion du temps au volant d'une voiture ou, tout simplement, lorsqu'on est "dans la lune".*

- Pour le Dr Chernenkoff, médecin canadien président de la Société d'hypnose clinique en 1971, l'hypnothérapie médicale est *« une extension naturelle des connaissances sur le* ***développement*** *et le* ***comportement émotionnel humain*** ».(33)

- Jean Godin (1991) expose une définition qui permet d'englober les différentes formes d'hypnose : selon lui, **«** *C'est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce "* ***débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure****", qui suppose un certain lâcher-prise, équivaut à une* ***façon originale de fonctionner à laquelle on se réfère comme à un état****. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des* ***possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps****, ou de* ***travail psychologique à un niveau inconscient.*** »(34)

- Bernheim le rejoignait déjà à l'époque sur cette définition puisqu'il a dit que : *"La seule chose certaine, c'est qu'il existe chez les sujets hypnotisés ou impressionnables à la suggestion une* ***aptitude particulière à transformer l'idée reçue en acte.*** *»*

- Cet état modifié de conscience que François Roustang nomme « **état de veille paradoxale** » est donc utilisé dans la relation avec le patient pour mobiliser ses propres capacités et obtenir ainsi des changements dans une situation ou une problématique données.

- Et enfin, l'hypnose est reconnue par une instance scientifique et définie dans un rapport récent de **l'académie nationale de médecine** [5](mars 2013), comme étant un état *« doté de* ***vertus réparatrices*** *et susceptibles de faciliter secondairement, spontanément ou par suggestion une meilleure homéostasie et un* ***meilleur aménagement des relations de l'organisme avec son milieu.*** » (35) Définition finalement assez mesmérienne puisqu'elle reprend le terme d'homéostasie.

Aujourd'hui, la définition la plus répandue consiste donc à résumer l'hypnose comme étant un « **état** modifié de conscience »

---

[4] La volition désigne l'aboutissement d'un processus par lequel l'être humain use de la volonté. C'est l'événement par lequel l'individu « se met en mesure d'agir » en vue d'un résultat, interne ou externe. En langage courant, on pourrait l'assimiler à la formulation d'un choix.

[5] L'académie nationale de médecine est une société savante fondée en 1820 à Paris et qui a comme mission de *« faire progresser l'art de guérir et de conseiller le gouvernement »*selon les textes officiels c'est-à-dire de répondre à toutes les questions posées par le gouvernement français dans le domaine de la santé publique. Elle compte 313 membres.

Pour Gérard Salem « *le terme hypnose désigne en fait trois types de phénomènes : l'état hypnotique (ou transe) dans lequel est plongé le sujet hypnotisé, la technique utilisée par l'hypnotiseur, et le type d'interaction particulière qui s'établit entre hypno-thérapeute et hypnotisé* ».

4.2 L'hypnose comme ETAT : Etat modifié de conscience ou transe hypnotique

C'est l'ETAT hypnotique dans lequel est le patient lorsqu'il fixe son attention de telle sorte que la conscience du monde extérieur est diminuée, focalisée sur une seule idée, un seul évènement et orientée sur ce qu'il se passe à l'intérieur de soi.

Selon Le Dr Bonvin, c'est un « *état modifié de conscience permettant au sujet hypnotisé d'accéder à ses ressources inconscientes* ».(36)

Pour le Dr Faymonville, qui a développé grandement les connaissances sur les mécanismes d'action cérébraux du processus hypnotique par ses nombreuses études, l'hypnose est décrite comme « ***cette capacité innée de notre cerveau à aller vers un mode de fonctionnement différent qui lui permet de modifier, à ce moment-là, le rapport à soi-même et à son environnement.*** *Ce processus permet par exemple de ne pas ressentir la douleur, de modifier le goût, l'odorat, la vision, d'avoir des hallucinations positives ou négatives.* ».

A ce terme d'état, le Dr Célestin-Lhopiteau lui préfère le terme de **PROCESSUS** car c'est un état fluctuant, une **oscillation permanente entre les différents niveaux de conscience,** pensée que partage le Dr Fatmonville également : « L'hypnose n'est pas un état mais un **processus de conscience particulière** ».

Il s'agit d'un état bien particulier de conscience qui est à la fois « rétrécie » par la focalisation et l'attention et en même temps « élargie » par une disponibilité à soi et à l'environnement.

Par analogie, Spiegel et Spiegel comparent ainsi cet état hypnotique aux visions maculaire (centrale, qui assure la vision des couleurs et des détails) et périphérique (qui est une vision globale, comprimée du champs de vision et donc moins précise.(18)
Lors de la transe, le travail consiste à solliciter les ressources mentales inconscientes, en opérant une **reprogrammation mentale** pour parvenir à un **réaménagement comportemental**.(31)

Selon Michaux, dans cet état hypnotique, « *l'orientation par rapport à la réalité est modifiée parce-que la fonction critique d'estimation du niveau de la réalite ne s'exerce plus. Dans ces conditions, la réponse aux stimulations provenant de l'hypnotiseur va prendre le pas sur l'action auto-initiée et planifiée du patient, et la voix de l'hypnotiseur va devenir inhabituellement persuasive.* »(37)

L'état modifié de conscience entrainé par la transe est la **dissociation** , c'est-à-dire la **simultanéité d'une activité mentale consciente et d'une activité mentale inconsciente**.
Lorsque l'homme fonctionne en mode « **conscient** », il est dans le domaine de la pensée **logique et rationnelle**. Il fait un travail d'analyse, de classement et de catégorisation, et il temporalise les évènements. Le langage du conscient est celui de l'explication et de l'interprétation.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

A l'opposé, l'**inconscient** fonctionne de manière plus **globale**, en traitant les informations de manière **symbolique**. Il associe les sons, les images et les sensations grâce à des rapports d'analogie, et ce dans une dynamique intemporelle cette fois, c'est ce que Michaux appelle le langage de la connotation.(18)
Dans cet état dissociatif, on a simultanément une activité mentale consciente et une activité inconsciente, séparées l'une de l'autre.

L'hypnose est donc à la base **un phénomène naturel , qui peut être amplifié par le soignant** lorsqu'on l'utilise en thérapeutique.

Mais durant la transe, le patient conserve la maîtrise de ses comportements, de ses choix et peut décider d'interrompre l'expérience à tout moment. Comme toute forme de communication humaine, le langage de l'un influence l'autre mais le patient identifie cette influence et décide de se l'approprier ou pas.

On peut catégoriser **trois formes de transes hypnotiques** (38) :

-La transe **spontanée** : l'hypnose étant avant tout un état naturel comme nous l'avons vu plus haut, expérimenté par tout le monde selon un rythme chrono-biologique d'une heure et demi environ, dans des activités diverses du quotidien. Ces moments de « rêverie » ou de déconnection sont utiles au maintien de notre équilibre mental.

-La transe **provoquée** : quand elle est induite par le thérapeute.

-L'**autohypnose** : quand le sujet s'induit volontairement une transe par des techniques d'induction apprises ou spontanément. C'est ce qui lui permettra d'être **autonome** dans la prise en charge de sa pathologie, surtout si elle est chronique.

4.3 L'hypnose comme TECHNIQUE de soin : une thérapie complémentaire reconnue

L'hypnose thérapeutique est en fait l'accompagnement du praticien envers le patient dans le but de lui faire accéder à ce processus de conscience inné.
Le Docteur Faymonville le décrit assez bien : « *les praticiens apprennent à utiliser une rhétorique particulière et à tisser une relation de confiance pour créer les conditions favorables permettant au patient de se laisser glisser dans le processus hypnotique*. ».
Les médecines alternatives et complémentaires , terme retenu par l'OMS, regroupent « *des approches, des pratiques, des produits de santé et médicaux qui ne sont pas habituellement considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle* (*médecine occidentale, médecine allopathique)* ».Plus couramment, on entend médecine douce ou médecine parallèle.
Les médecines alternatives et complémentaires interviennent en complément des traitements conventionnels et sont largement utilisées dans le cadre des maladies chroniques et en cancérologie.

En Mars 2013, l'Académie Nationale de Médecine a reconnu l'hypnose comme faisant partie des thérapies complémentaires (ThC) : « *Les multiples indications de l'hypnose en médecine en font de plus en plus un élément précieux de ce qu'on est convenu d'appeler les ThC, sachant qu'il s'agit avant tout de techniques psychothérapiques et psychocorporelles*. »

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

L'académie préfère ce terme de ThC à ceux de « médecines douces, médecines naturelles, médecines alternatives, médecines complémentaires, thérapies complémentaires ou soins de support ».

Selon l'académie de médecine, l'hypnose s'accompagne de manifestations cliniques et neurophysiologiques qui en **garantissent l'authenticité** et « **légitiment son utilisation thérapeutique** ». (35)

L'American Psychiatry Association a résumé l'utilisation thérapeutique de l'hypnose : *« L'hypnose n'est utilisée judicieusement et correctement dans le cours de la thérapie que si son emploi suit des buts thérapeutiques sans faire courir de risques inutiles au malade. Avec des malades sélectionnés, elle peut être utilisée à des fins sédatives, analgésiques et anesthésiques, pour le soulagement de l'appréhension et de l'angoisse et pour la suppression des symptômes. Elle peut être utilisée sur la base d'une sélection encore plus stricte sur des malades névrotiques ou psychotiques. »*

Pour reprendre les travaux de Price et Barell et essayer de synthétiser au mieux ce qu'est l'hypnose :
-Une sensation de détente mentale et de relaxation
-C'est une **attention soutenue** avec absorption de l'attention
-Une absence de jugement, de contrôle et de censure
-Une suspension de l'orientation temporo-spatiale habituelle et du sens de soi
-Une expérience d'involontarité (39)

4.4 L'hypnose comme RELATION

L'hypnose peut se définir également comme une relation :

- ✓ Du patient à lui-même : Fait d'une relation à soi, d'être en lien avec ses sensations, ses pensées et ses émotions.

- ✓ Entre le patient et le thérapeute :

Comme le suggère J. Haley thérapeute américain, l'hypnose est un terme utilisé pour décrire un certain mode relationnel entre les gens.(27) et en thérapeutique, entre le patient et le praticien.

Antoine Bioy (40) a défini également l'hypnose en élargissant le concept de l'interaction entre le praticien d'hypnose et le patient par la notion de relation thérapeutique. Il a défini l'hypnose comme *« un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un* ***champ de conscience élargi*** ».
Cette définition inclut la dimension de concentration sur soi-même et la dimension du monde extérieur, représentée par le praticien.

Pour le Dr Ruedin en 2003, « *l'hypnose peut être considérée comme un* ***style particulier de communication dans le cadre de la relation médecin-patient*** *mettant en exergue l'empathie, la créativité et la suggestion.* »

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

4.5 Différentes formes d'hypnose

4.5.1 L'hypnose classique et semi-traditionnelle

C'est la première manière de pratiquer l'hypnose et la plus simple. Elle se caractérise par l'aspect autoritaire et directif de l'hypnotiseur, parfois dominant. C'est une hypnose utilisée surtout dans ses applications médicales ou psychosomatiques, parfois analytiques, et aussi celle que l'on voit dans les spectacles de music-hall.

Attention d'ailleurs à ne pas mélanger l'outil et l'utilisation : ce n'est pas parce que l'hypnose classique est utilisée en spectacle qu'elle n'est faite que pour le spectacle : elle existe depuis près de deux siècles et possède plus de techniques que toutes les autres formes d'hypnose.

Milton Erickson lui-même a pratiqué l'hypnose classique toute sa vie, en version directe et souvent en position dominante, ce que l'on reconnait aisément dans la plupart de ses thérapies et démonstrations. Tout bon praticien de l'hypnose thérapeutique devrait donc au moins en connaître les bases, pour le savoir et la connaissance de l'inconscient.

En pratique, les hypnothérapeutes modernes n'utilisent plus l'hypnose classique pure, qui est très directe. On lui préfère habituellement sa version "semi-traditionnelle" (Weitzenhoffer, 1989) : toujours directive, mais non dominante et mélangée avec certains outils de l'hypnose ericksonienne et de la nouvelle hypnose.

4.5.2 L'hypnose Ericksonienne

L'hypnose éricksonienne issue des travaux de Milton Erickson , fondée sur des méthodes de communication propres qui permettent au thérapeute d'aider le patient à se mettre lui-même dans un état de conscience modifié qu'il connait , sans forcément s'en rendre compte. C'est une approche moins dirigiste et permissive qui permet au patient d'aller trouver ses propres ressources internes et de trouver ses propres solutions à ses conflits. Elle est majoritairement utilisée dans l'hypnose médicale.

Le principe fondamental de cette pratique est que **les gens ont dans leur propre histoire toutes les ressources nécessaires pour surmonter les problèmes pour lesquels ils cherchent de l'aide.**

Ernest Rossi et Jeffrey Zeig ont mis en évidence l'esprit dans lequel Milton Erickson pratiquait la thérapie. Jay Haley a centré son étude sur l'aspect interactionnel, voire presque systémique. Bandler et Grinder ont utilisé la grammaire transformationnelle pour repérer les spécificités de langage d'Erickson… Les observateurs d'Erickson ont ainsi réuni l'ensemble des techniques de ce que l'on appelle aujourd'hui "Hypnose Ericksonienne", qui – paradoxalement – ne correspond pas à ce qu'Erickson lui-même pratiquait au quotidien, en tant que psychiatre et psychothérapeute.

C'est un peu comme si on avait isolé et aggloméré les exceptions, les spécificités d'Erickson, et que l'on n'utilisait plus qu'elles : le tout donne une manière de faire de l'hypnose inconnue chez Milton Erickson, bien que chaque "morceau" vienne de lui.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

On dit que le seul véritable éricksonien était Milton Erickson, ce qui est certainement vrai.
Il avait l'art de provoquer les réactions adéquates pour orienter une personne vers l'arrêt de son symptôme et les exemples d'applications de sa manière de pratiquer sont nombreux, bien que restreints à des domaines essentiellement "mécaniques" (énurésie, troubles obsessionnels, phobies, anesthésies, sexologie, etc.).

Il savait jouer sur les réactions naturelles et utilisait avec talent le contexte et les attentes des personnes.

Par ailleurs, sa pratique de l'hypnose était traditionnelle, essentiellement "classique" donc très directe

Bien qu'il reste peut-être des puristes essayant d'imiter avec plus ou moins de succès le « maître », chacun des élèves d'Erickson a créé sa propre manière d'utiliser les outils éricksoniens : Palo Alto et la systémique, Jay Haley et la thérapie familiale ou ordalique, Daniel Araoz, David Calof, William O'Hanlon et la Nouvelle Hypnose, etc.

C'est donc en réunissant les spécificités d'Erickson que s'est créée l'hypnose qui porte son nom, même si lui-même n'a jamais pratiqué l'hypnose "ericksonienne" comme on le fait aujourd'hui..

4.5.3 La nouvelle hypnose

La nouvelle hypnose, terme inventé par le sexothérapeute Daniel Araoz en 1979, conserve certains des outils hypnotiques découverts chez Milton Erickson, en les faisant souvent évoluer (exemple: le langage hypnotique, la technique du "saupoudrage", les métaphores, etc.) et en ajoutant des techniques inédites (synchronisation, VAKOG[6], inductions hypnotiques participatives, métaphores, communication subliminale multi-niveaux, structures PNL, etc.) dans un esprit moderne qui inclut les attentes actuelles, comme la préoccupation que l'on peut avoir par rapport à son confort de vie, ses relations aux autres, le couple, le développement personnel, etc.

Les techniques "dures" d'Erickson sont abandonnées et les techniques de base d'Erickson ne sont plus utilisées "à l'ancienne mais sont censées être devenues plus subtiles, douces voire "cachées" (suggestions indirectes, subliminales, métaphores et symbolisme, structures thérapeutiques longues incorporées…

La nouvelle hypnose, encore souvent confondue et appelée à tort "Hypnose Ericksonienne", est la forme d'hypnose thérapeutique habituellement pratiquée aujourd'hui, y compris par les hypnothérapeutes "éricksoniens".

[6] **VAKOG**, acronyme pour : « Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif »), c'est une technique de programmation neurolinguistique de canaux sensoriels

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

4.5.4 L'hypnose humaniste

Se plaçant aux antipodes des formes connues d'hypnose, l'hypnose humaniste (Lockert, 2001) revient aux sources millénaires des premiers thérapeutes et aide la personne à se reconnecter à elle-même comme aux courants naturels de la vie. Les inductions hypnotiques, dites "en ouverture", sont "inversées" – c'est-à-dire qu'elles tendent à modifier l'état ordinaire de conscience de la personne par augmentation de la conscience, plutôt que par diminution de la conscience, ce qui permet à la personne d'accéder elle-même à son inconscient. Le thérapeute n'est alors plus qu'un guide, une main secourable sur le chemin personnel de la guérison.

Grâce à sa technique hypnotique très spécifique, l'hypnose humaniste est directe et non-camouflée (aucune suggestions à l'inconscient ni aucune manipulation subliminale de la part du thérapeute), tout en offrant une structure théorique et pratique solide, dans un esprit moderne qui englobe et dépasse la vision de la nouvelle hypnose.

L'hypnose humaniste cherche à combler la fracture originelle qui existe entre le conscient et l'inconscient et ainsi à réunifier la personne en elle-même, l'aider à devenir "un-consciente", au moins le temps du travail thérapeutique (puisque, même en hypnose humaniste, l'état modifié de conscience n'est qu'un état ponctuel, lié à l'hypnose, donc qui n'existe que pour la durée du travail thérapeutique). Cela permet un travail "en conscience" sur les blessures inconscientes – où le thérapeute n'est donc qu'un guide, qui aide la personne à comprendre, guérir et grandir.

L'hypnose humaniste possède un modèle philosophique de compréhension des troubles humains (proche de la vision jungienne), les moyens d'y remédier et toutes les techniques nécessaires à cela. Elle se place ainsi parmi les thérapies européennes (alors que l'hypnose Ericksonienne, la nouvelle hypnose, comme la programmation neuro-linguistique, reposent sur un modèle américain). Le sens des choses y est important, comme la connaissance de soi et le fait de grandir humainement.

4.5.5 L'hypnopraxie

Terme donné par le Dr Guy Chedeau pour garder le lien avec l'hypnose, mais avec en plus une base phénoménologique, en rapport avec « l'Essence de l'Être. »
C'est une thérapie intégrative, et non dissociative, c'est-à-dire qui renforce l'unité psychosomatique et lutte contre les dissociations corps/esprit. C'est un mode relationnel qui « laisse venir » et qui n'utilise pas de suggestions, comme les précédentes formes d'hypnose. La praxie selon le Dr Chedeau est « *une manière de prendre les choses et par extension, de se saisir de soi-même, du monde, de son rapport au monde et du lien à autrui, c'est la manière d'être 'affecté' par ce qui est vécu, la manière d'être 'touché' ou de toucher, de rencontrer autrui. C''est la manière unique et personnelle d'avoir accès aux faits.* »

On ne travaillera pas avec les faits, mais avec la manière dont sont vécus les faits, à partir d'un langage qui s'adresse aux structures de la personnalité, dont un certain nombre va être repéré par le thérapeute dans le discours du patient au cours de l'anamnèse, comme dans l'hypnose éricksonienne. La structure est évoquée au niveau des verbes, au niveau du "ça" ('ça me fait mal'), ou au niveau de "je me" ('je me sens mal').qui signifie en fait : ce que j'éprouve fait mal à ce que je pense, comme nous l'explique le Docteur Chedeau.

5. L'Hypnose, en pratique

« L'hypnose, c'est une façon de sortir de ce lien unique de 'cause à effet' ». Isabelle Célestin-Lhopiteau.

L'hypnose la plus utilisée dans le soin est l'hypnose éricksonienne, ou la nouvelle hypnose qui en découle. On peut distinguer deux façons d'utiliser l'hypnose : en séance formelle ou en conversationnel.

5.1 L'hypnose formelle

Une séance d'hypnose formelle se décompose en quatre phases. (38)

5.1.1 La pré-induction

C'est une phase de **discussion** et d'**anamnèse** pendant laquelle le thérapeute est confronté à toutes les croyances portées par l'hypnose. Cette phase de **mise en condition** doit servir au thérapeute à démystifier l'hypnose. Il doit aussi recueillir, pendant ce temps de parole, l'histoire de la pathologie, la représentation qu'en a le patient et les mots qu'il emploie pour en parler.
Dès le premier contact, il est important d'installer une bonne **relation de confiance** indispensable au bon déroulement de la thérapie. Cela va permettre également de définir les **objectifs de la prise en charge** par hypnose. Le praticien peut alors en profiter pour expliquer la nature et les principes de cette technique, et rappeler que l'hypnose est un état de veille favorisant l'interaction entre le conscient et l'inconscient, et que ce n'est pas de la magie ou de la passivité, comme le dit Benhaïem.

5.1.2 L'induction

L'induction consiste à **focaliser l'attention** du patient sur une seule sensation ou perception, par exemple la voix du thérapeute, la sensation de sa main sur sa cuisse, de son corps sur la chaise, la fixation intense d'un point de la pièce ou une image intérieure agréable. Cette focalisation va de l'extérieur vers l'intérieur du patient entraînant un rétrécissement de sa vie sensorielle. Elle lui permet de se centrer sur lui-même et de se détacher de l'environnement extérieur.
L'induction favorise la mise en place d'un fonctionnement hypnotique et de la dissociation.

5.1.3 Le travail thérapeutique

5.1.3.1 La dissociation

Le travail thérapeutique repose sur la **sollicitation des ressources de l'inconscient** par le média de la parole, ce qui permet qu'une reprogrammation mentale et comportementale

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

puisse éventuellement se faire. Pendant cette phase de dissociation psychique, le patient « prend de la distance » par rapport à son environnement et son ressenti habituel et progressivement, sa sensorialité évolue.(41)

5.1.3.2 L'attention sélective

La dissociation amène à un autre phénomène de l'état hypnotique qui est l'attention sélective du patient. Selon G. Salem et E. Bonvin, le système nerveux est exposé à une multitude de stimulations mais ne peut en traiter que certaines.(31) **L'inconscient va donc « choisir » de travailler sur certaines informations ou problématiques.**

5.1.3.3 La suggestion

L'état de dissociation et l'attention sélective préparent naturellement le terrain à une réactivité accrue aux suggestions.
Pour Benhaiem,(38) la suggestion se définit comme une **intention transmise par la parole.**
Pour Michaux, elle *« renvoie à la notion d'influence cachée, dissimulée* »(37)
Pour Antoine Bioy, elle se définit comme étant **une idée, un sentiment, ou un comportement, inspirés par un autre que soi**. Elle peut être verbale ou non (mimétisme par exemple), directe ou indirecte, ouverte ou fermée. Les suggestions peuvent s'accompagner de locutions permissives telles que « il est possible que » ou « éventuellement » qui indiquent au patient que les suggestions ne sont que des propositions et que c'est à lui d'en disposer. (3)

Le patient peut se détacher de sa douleur, d'un inconfort, d'un vécu de souffrance ressenti corporellement par exemple. Il peut réinterpréter des faits vécus, effectuer des recadrages, élargir son champ de perception…

Il peut donc ainsi **sortir de ses limites habituelles** et **réorganiser son fonctionnement cognitif.**

Montgomery a démontré à l'aide d'une méta-analyse regroupant 283 patients que plus la suggestibilité du patient est importante (mesurée grâce à des échelles de suggestibilité), plus les effets de l'hypnose vont être corrélés à de meilleurs résultats. (42)

5.1.4 La sortie de transe

C'est le retour à l'état de veille habituelle où le thérapeute ramène le patient dans « l'ici et maintenant ».
La sortie de transe doit se faire au rythme du patient. L'accompagnement se fait jusqu'au retour à l'état de veille par des suggestions adaptées.
Avant la sortie de l'état hypnotique une suggestion post-hypnotique peut-être donnée au patient, pour amplifier ou faire perdurer l'effet de la séance.(18)

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

5.2 Hypnose conversationnelle ou « l'hypnose sans hypnose »

« On ne peut pas ne pas communiquer, donc on ne peut pas ne pas influencer. » Palo alto (43)

5.2.1 L'impact des mots

Le principe d'influence est inhérent à toute relation humaine.

Et comme l'explique bien Antoine Bioy, dans les échanges nous avons toujours une action sur l'autre, sans parfois même avoir conscience de tous les éléments que nous « transmettons ».(39).

Au sein d'une relation thérapeutique, l'influence est systématique, du fait même de la demande du patient d'obtenir de l'aide du soignant. Le soignant peut donc sans s'en rendre compte transmettre des éléments de sa propre anxiété par son langage verbal et bien évidemment non verbal.
L'impact des mots est donc très important au sein d'une telle relation d'influence, et va conditionner ainsi la réponse du patient.

Pour illustrer cette notion, Elvira Lang a analysé les interactions existant entre les mots du soignant d'une part et la douleur et l'anxiété ressentie par le patient lors de gestes de radiologie interventionnelle d'autre part, dans une étude randomisée incluant 159 patients.(44) Ils ont été divisés en deux groupes, un avec des soignants cherchant à réconforter le patient (et en faisant attention de ne pas utiliser de suggestions chargées négativement) et un autre avec une attention neutre. Les interactions ont été évaluées par vidéo, et les patients ont exprimé par une autoévaluation leur douleur et leur anxiété. Les conclusions de cette étude montrent que **lorsque les patients ont été prévenus de la douleur** (« je vais vous 'piquer' », « ça ne va pas faire 'mal' », « cela va 'brûler' un peu », « si vous avez 'mal', dîtes le moi », « je sais que c'est vraiment 'difficile à supporter ' » etc.), il en résulte une **douleur plus importante** (3,9 /10 versus 2,8) et une plus grande anxiété (4,4/10 versus 3,2). De la même manière, **compatir avec le patient** après un acte douloureux n'a pas augmenté la douleur rapportée par le patient ensuite, mais **a entraîné une plus grande anxiété.**

Or, cela bouleverse un paradigme longtemps admis puisque nous avons envers nos patients un devoir d'information, nous devons les préparer pour les stimuli liés aux soins, et évaluer leur niveau de stress. Il nous faut donc apporter des modifications langagières pour accompagner au mieux les patients, réduire leur anxiété voire leur douleur pendant les soins.
D'après les exemples donnés par Antoine Bioy, il vaut mieux parler d' « inconfort » que de « douleur », de sensations « peu agréables » plutôt que « désagréables », ou d'une « validité à retrouver » plutôt que d' « invalidité » (39).

5.2.2 Définition de l'hypnose conversationnelle

L'hypnose conversationnelle est une technique qui peut ainsi nous aider dans cette modification de technique de langage. Elle est une forme d'hypnose ne nécessitant pas de

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

transe formelle. C'est un dialogue entre l'hypnopraticien et son patient en vue d'atteindre un objectif fixé.
L'hypnose conversationnelle consiste à mobiliser l'inconscient du sujet tout en conversant avec lui. Elle est aussi appelé hypnose indirecte et c'est en grande partie à Erickson que l'on doit les tournures linguistiques qui lui sont propres.
Selon lui, « *les mots sont des stimulis qui mettent en route des associations ; dans le contexte hypnotique, ces stimulis provoquent des réponses qui se produisent de façon autonome.* »(45)

Elle repose sur l'impact de l'interaction thérapeute/ patient sans que le patient en ait lui-même « conscience ». Elle inclut l'attribution de consignes qui amènent un changement de comportement et elle insiste sur la communication métaphorique (27).
À aucun moment du traitement, le thérapeute ne doit expliciter au patient ce qu'il a perçu de la nature de ses troubles. Il s'agit d'éviter l'introspection pour éviter les efforts non conscients du patient à « ne pas guérir », et donc de diminuer ses résistances.

Il doit trouver un mode de communication le plus adapté à la personne visée autant dans la forme que dans le contenu, chercher à argumenter l'adhésion et la participation du patient et à faciliter son « lâcher-prise »(18) Il ne s'agit pas d'une manipulation à l'insu du patient car la coopération du patient est nécessaire pour obtenir un changement.
Le soignant essaie de **recadrer la problématique** grâce à des représentations imaginaires, des suggestions paradoxales, en prescrivant le symptôme ou en l'utilisant comme outil thérapeutique.

Dans le cadre d'un soin douloureux, par exemple, le patient est déjà en « sur écoute » ou focalisé sur la région douloureuse, il est donc déjà dans une forme d'état hypnotique

5.2.3 Outils de communication spécifiques

Erickson utilisait des techniques très variées de communication (verbales ou non verbales) dans sa pratique quotidienne, dont on peut s'inspirer en hypnose conversationnelle pour maintenir un lien avec l'inconscient du patient et adapter au mieux notre discours.(46)
Watzlawick, chercheur à l'institut de Palo Alto détaille plusieurs de ces techniques dans son ouvrage « Le langage du Changement. Eléments de communication thérapeutique »(47) tels que l'utilisation particulière de la voix, les truismes[7], l'implication , la métaphore ou le saupoudrage par exemple.

La métaphore permet d'accéder ainsi à « une autre réalité », ou à « un autre niveau de réalité » et, de ce fait, à des solutions qui vont s'imposer alors qu'elles n'étaient pas même envisageables.

[7] Le truisme, également appelé lapalissade, est une affirmation ridicule énonçant une évidence perceptible immédiatement. En hypnose, il permet au patient d'être d'accord avec le thérapeute et d'être plus réceptif aux suggestions. Par exemple : « Tôt ou tard, vous allez cligner des yeux ».

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

6. Reconnaissance scientifique

6.1 Des débuts peu probants

Après la mort de Charcot, l'école de Bernheim s'impose, mais le débat se transforme : on s'interroge plus sur la spécificité du fonctionnement cérébral.

A partir des années trente, Clark Hull et d'autres générations de psychologues américains multiplient les études quantitatives avec protocoles standardisés.

Dans les années cinquante, Ernest **Hilgard**, établit une **échelle d'hypnotisabilité** et entreprend des études statistiques sur la perception de la douleur par immersion de la main des sujets hypnotisés dans un bain d'eau glacée. Il observe que la variation de la sensation douloureuse ne s'accompagne pas de modifications parallèles dans les réactions physiologiques et conclut à une **forme de dissociation entre perception physique et perception consciente.**(48)

A la fin du siècle, des centaines de recherches en psychologie scientifique sont publiées mais aucune ne fournit véritablement d'argument pour une explication neurophysiologique. C'est alors qu'apparurent les techniques de mesures s'adressant au cerveau directement.

6.2 L'imagerie cérébrale comme validation scientifique

6.2.1 Électroencéphalographie

Les études d'électro-encéphalographie ont été commencées avant la seconde guerre mondiale aux Etats-Unis et ont montré que les tracés électriques du sommeil ordinaire et du sommeil hypnotique ne coïncident pas selon Chertok. (28)
Puis l'analyse de l'électroencéphalogramme (EEG) et l'enregistrement des différents paramètres physiologiques n'ont montré aucune particularité durant l'hypnose «profonde».(49)
On sait aujourd'hui que le somnambulisme naturel (avec déplacement et/ou parole) survient pendant les phases 3 et 4 du sommeil NREM (Non Rapid Eye Movment Sleep), et n'a donc rien en commun avec l'hypnose, qui est un état de veille.

L'EEG de sujets hypnotisés n'est pas très différent de ceux en état de veille : tout au plus note-t-on parfois une prépondérance d'ondes alpha, comme dans l'état de pré-sommeil, et peut-être une corrélation entre la survenue d'ondes frontales thêta et une plus grande capacité à l'hypnose.(50)

Pour Barber, l'EEG est un indicateur faible des modifications des états mentaux.
Ainsi, les études encéphalographiques semblent plutôt indiquer que l'hypnose est un état de **présommeil,** et malgré l'espoir initial d'obtenir des tracés caractéristiques de l'état d'hypnose, les nombreuses études suivantes n'ont pas permis de définir de « signature EEG ».
C'est avec les progrès de l'imagerie cérébrale que l'on a compris ces mécanismes.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

6.2.2 Imagerie cérébrale fonctionnelle

Grâce à la tomographie par émission de positons [8](TEP), les modifications de distribution du débit sanguin cérébral chez des volontaires sains, ont été étudiées : **durant l'hypnose**, une importante **augmentation du débit** sanguin est observée dans les **cortex occipital** (vision), **pariétal**, **précentral** (mouvement), **préfrontal et cingulaire** (élaboration de l'image mentale et effort d'attention nécessaire pour générer cette image mentale)(18) .

L'étude de Maquet, Faymonville et al, réalisée en 1997 en est une des plus célèbres. (52)Elle porte sur la distribution des débits sanguins cérébraux, étudiés grâce à la TEP, chez un groupe de sujets dans un état de repos, puis dans un état d'hypnose, alors que leur sont suggérés d'agréables souvenirs de leur histoire personnelle, puisqu'on leur demande de se souvenir d'un moment agréable de leur vie. Il leur est demandé ensuite de visualiser leur couleur préférée.
Cette étude est la première à montrer que l'état d'hypnose est associé à l'activation d'un ensemble étendu d'aires corticales (occipitales, pariétales, précentrales, prémotrices), ainsi qu'au cortex préfrontal, ventrolatéral et occipital. Il en résulte que l'hypnose, selon les auteurs, serait un « **état d'éveil cérébral spécifique** » : alors que le sujet semble somnolent, il est l'acteur d'une expérience très vive qui emplit totalement sa conscience. Il s'agirait davantage d'une expérience de « revécu » que d'une simple remémoration.(53).

C'est ainsi que le patient en état d'hypnose est acteur et observateur de ce qu'il vit. Ce réseau neuronal modifié ne se chevauche pas avec celui de l'état de conscience normal.(54)

Contrairement à l'état d'éveil (imagerie mentale autobiographique), le processus d'hypnose désactive le précuneus et la région mésiofrontale, jouant un rôle dans l'état de conscience altérée. On a donc une **diminution du débit sanguin dans le cortex somato-sensoriel primaire** appelé S1. Hors, moins l'activité corticale dans S1 est intense, moins la douleur est évaluée comme intense subjectivement par le sujet.
Cela nous montre un changement significatif dans l'activité du cortex cingulaire antérieur en relation avec l'intensité de la douleur
Le processus hypnotique diminue et module ainsi la nociception.

Le Dr Faymonville explique elle-même : « *Le sujet, d'apparence somnolente, expérimente une prise de conscience de lui-même où il* ***est simultanément acteur et observateur****. Le processus hypnotique se traduit par une imagerie mentale plurimodale cohérente et très vivace. Ces patterns d'activation diffèrent de l'éveil, de la conscience habituelle, de l'activation onirique pendant le sommeil paradoxal et des hallucinations observées chez les patients schizophrènes.* » (55)

Le Dr Rainville, stomatologue canadien, a démontré les modèles spécifiques de l'activation cérébrale associée à l'état hypnotique et au traitement des suggestions hypnotiques (56) Dans son étude, les effets de l'hypnose et des suggestions pour modifier la perception de la douleur ont été étudiés chez des sujets hypnotisables en utilisant les données du débit sanguin cérébral régional du TEP et des mesures EEG de l'activité électrique du cerveau.

[8] La TEP est une méthode d'imagerie médicale qui permet de mesurer en trois dimensions l'activité métabolique d'un organe grâce aux émissions produites par les positons (ou positrons) issus de la désintégration d'un produit radioactif injecté au préalable. Elle permet de visualiser les activités du métabolisme des cellules : on parle d'imagerie fonctionnelle par opposition aux techniques d'imagerie dites structurelles comme celles basées sur les rayons X (radiologie ou CT-scan) qui réalisent des images de l'anatomie.

Les conditions expérimentales comprenaient un état de repos (de base) suivie d'une relaxation hypnotique seule (hypnose) et puis un état de relaxation hypnotique avec des suggestions de désagrément de la douleur altérée (Hypnose + suggestion) .
Au cours de chaque cycle, la main gauche a été immergée en position neutre (35 degrés C) ou dans des conditions « douloureusement chaudes » (47 degrés C) .
Il a donné à ces patients des suggestions hypnotiques d'intensité sensorielle : « Vous pouvez tourner un bouton imaginaire pour diminuer la force de la sensation » et montre que ces phrases diminuent l'activation du cortex somato-sensoriel (gyrus post-central et opercule pariétal) du sujet. D'autres suggestions hypnotiques, qui visent à atténuer spécifiquement le désagrément : « Vous êtes de plus en plus confortable, cette sensation ne vous dérange pas », diminuent l'activité du cortex cingulaire antérieur, région reliée au système limbique et aux émotions. Ainsi il a montré que les suggestions hypnotiques d'analgésie diminuent de façon significative l'activité des régions corticales impliquées dans la douleur et permettent d'éviter les phénomènes d'anticipation de la douleur.

Dans l'état d'hypnose il a remarqué comme le dr Faymonville que le débit sanguin cérébral était augmenté dans les régions occipitale (et ce de façon significativement corrélée à des pics delta EEG) ainsi qu'au niveau du cortex cingulaire antérieur et le gyrus frontal inférieur.
Hypnose + suggestions produit des augmentations généralisées supplémentaires dans les cortex frontaux principalement sur le côté gauche : ce qui pourrait refléter la médiation verbale des suggestions, de la mémoire de travail et des processus impliqués dans la réinterprétation de l'expérience perceptive. Par ailleurs, les cortex pariétal postérieur médial et latéral ont montré des augmentations liées à la suggestion qui se chevauchent en partie avec des régions de baisses liées à l'hypnose.
Les résultats confirment une théorie de l'état d'hypnose dans lequel les **augmentations occipitales** du débit sanguin et l'activité delta reflètent l' **altération de la conscience** associée à une **diminution de l'excitation** et une possible **facilitation de l'imagerie visuelle**.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

7. Champs d'application

Les champs d'application de l'hypnose sont très vastes car l'hypnose s'adresse à toutes les plaintes où un travail psychique pourrait apporter un bénéfice.

7.1 Revues de la littérature : pathologies concernées

Les publications relatives aux essais cliniques dans l'hypnose sont de plus en plus nombreuses.
La base de donnée Pubmed recense près de 250 articles sur des études sur l'hypnose dont une soixantaine d'essais contrôles concernant les applications de l'hypnose en tant que thérapie complémentaire. Il est difficile de faire des classifications et des sous-groupes car l'hypnose agit principalement sur la douleur et le psychique et donc les catégories se recoupent inévitablement.

7.1.1 Douleur

La douleur est définie par l'International Association for the Study of Pain comme une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion* »

Le regain d'intérêt de cette pratique ancienne s'explique par le développement de l'imagerie cérébrale. *"Une fois qu'on a glissé vers le processus hypnotique, on a accès à un fonctionnement différent du cerveau. L'imagerie médicale montre même que, en état d'hypnose, la connectivité du cerveau est modifiée. Le but est donc de tirer parti de cet état modifié pour se protéger de certains épisodes douloureux", décrit le Dr Faymonville* (57)

Une grande revue de la littérature dirigée par Patterson, Jenson, Stoelb et Molton en 2009 a analysé toutes les études randomisées et les essais contrôlés portant sur l'efficacité de l'hypnose dans les douleurs chroniques et aigües de l'adulte et a détaillé les plus récentes publications.(58) Leur conclusion est que l'hypnose thérapeutique est un traitement viable dans ces deux domaines.

7.1.1.1 Anesthésiologie

Au CHU de Liège, l'anesthésiste Marie-Elisabeth Faymonville commence à utiliser l'hypnose en 1993. Elle combine l'utilisation de l'hypnose avec l'anesthésie locale et des sédatifs en fonction des besoins et remplace dans certains cas l'anesthésie générale par cette combinaison.
Elle publie la première étude rétrospective en 1995. Les patients opérés avec l'aide de l'hypnose présentent nettement moins de douleur, anxiété, nausées, et besoin de médicaments que les patients opérés sans hypnose. Plus de quatre mille patients opérés à Liège ont été traités par l'hypnose.
Le Dr Faymonville a présenté ainsi ses résultats sur l'hypnosédation au congrés de la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) en 2011 (54). Outre l'intérêt thérapeutique en soi, elle a insisté sur le fait que l'hospitalisation des patients est également raccourcie et la reprise des activités professionnelles est accélérée dans le groupe

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

« hypnosédation ». Les intérêts multiples prouvés scientifiquement ont permis de valoriser l'enseignement de l'hypnose aux anesthésistes, ainsi qu'aux autres soignants des équipes opératoires

L'anesthésie est l'indication thérapeutique de l'hypnose la plus validée scientifiquement de nos jours.
L'hypno-analgésie accompagne les actes sous anesthésie locorégionale tels que les hernies, les poses de chambres implantables, les thyroïdectomies et même les endartérectomies de la carotide mais également les explorations endoscopiques (fibroscopie, colonoscopie, hystéroscopie, écho-endoscopie digestive ou cardiaque)
Selon le Dr Marc Galy, anesthésiste, l'hypnose *« oblige le soignant à être là, à limiter les intervenants, à observer, à communiquer, à apparaître sans écran* »(59)

7.1.1.2 Chirurgie

L'utilisation de l'hypnose au bloc est en fait une utilisation à visée antalgique et anesthésique, ce qui rejoint les précédentes parties.
L'hypnose est utilisée actuellement de plus en plus au **bloc** opératoire mais également en **salle de réveil.**

En 2009, la SFAR valide l'intérêt de l'hypnose en **pré-opératoire** et dans la prise en charge plus générale de la douleur en disant que l'effet de l'hypnose est différent d'un médicament antalgique qui supprime la douleur. Les patients réalisent avec cet outil qu'ils ont des aptitudes pour créer des expériences corporelles d'anesthésie et d'analgésie eux-mêmes et qu'ils peuvent alors les mettre en application plus tard. (60)

L'hypnose est utilisée également dans la chirurgie plus « lourde » : Une équipe pionnière à l'hôpital Saint Joseph à Paris a réalisé début 2013 avec succès la mise en place d'une **endoprothèse aortique** par voie percutanée pour un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale, sous hypnose **sans anesthésie médicamenteuse**. L'hospitalisation de ce patient de 82 ans n'a duré que 48h. Selon le Dr Massol, *« l'hypnose permet d'éviter notamment une rachianesthésie ou l'emploi de médicaments non dénués de risque chez les patients âgés. Elle accroît le confort de l'opéré et favorise son rétablissement rapide. La proximité qu'elle donne au praticien renforce la relation thérapeutique.* »(61)

Dans cet hôpital, ils avaient déjà réalisé 150 interventions d'endartériectomies des carotides sous hypnose avec au besoin un bloc anesthésique cervical en complément.

7.1.1.3 Douleur aigüe

En cas de douleur aigüe, l'utilisation de l'hypnose médicale est intéressante car elle permet de **diminuer l'anxiété associée** qui participe au stimulus nociceptif et entretient la composante douloureuse.

- Gestes invasifs

La célèbre publication par le Dr Elvira Lang, radiologue, dans la revue The Lancet en 2000 d'une étude randomisée de 241 patients (dont 82 ont bénéficié d'une hypnosédation) lors d'un **geste de radiologie invasive** a montré que la **douleur** augmente de façon linéaire avec le temps dans le groupe standard et le groupe à qui l'on a porté plus d'attention alors qu'elle reste **stable** dans le groupe hypnose. **L'anxiété a aussi diminué plus rapidement** dans ce

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

groupe, la **consommation de drogues a été moindre** et le **temps de la procédure a été plus court** (61min contre 67 dans le groupe attention et 78min dans le groupe standard)(62)

- Dentisterie

En 2012 le Dr Jugé a effectué une recherche bibliographique via PubMed entre 1981 et 2012 pour retrouver les articles rédigés en français ou en anglais rapportant les études cliniques contrôlées ayant évalué différentes approches hypnotiques lors des soins dentaires (63). Neuf études ont ainsi été sélectionnées parmi les 556 références retrouvées. Il est apparu que l'utilisation de l'hypnose lors des soins dentaires a des effets positifs significatifs sur l'anxiété, la douleur, le comportement et les paramètres physiologiques du patient quand elle est comparée à l'absence de traitement. L'hypnose avec un thérapeute apporte plus de bénéfices qu'un enregistrement audio avec une hypnose standardisée.
Ces résultats sont en accord avec la revue systématique Cochrane réalisée par Al-Harasi en 2010 concernant les effets de l'hypnose chez les enfants lors des soins dentaires même si le nombre des études est toujours insuffisant pour en faire des méta-analyses de qualité.(64)

- Céphalées et migraines

Le National Institute of Health a publié en 2006 une synthèse de plusieurs articles concernant l'efficacité de l'hypnose dans le traitement de maux de tête et de migraines, et conclut que l'hypnose satisfait aux critères de recherche psychologique clinique en matière de traitement efficace et bien établi, et qu'elle permet d'éviter presque totalement les effets secondaires, les risques d'effets indésirables et les dépenses à long terme associés à la prise de médicaments.(65)

- Traumatologie

L'hypnose comme outil antalgique peut être utilisé volontiers en urgence dans la prise en charge des entorses, des fractures ou même des brûlures par exemple, puisqu'elle a bien été étudiée dans les douleurs aigües. Wakeman et Kaplan en 1991 avaient déjà montré l'intérêt de l'hypnose sur des brûlures : quelque-soit l'étendue des lésions, l'hypnose s'est révélée efficace sur la douleur en permettant une moindre consommation d'antalgiques. Les enfants de 7 à 18 ans ont davantage réduit les médicaments que les adultes.(66)

7.1.1.4 Douleur chronique

Par définition, la douleur chronique dure depuis **plus de trois mois**.

Plusieurs études montrent que dans le cas des douleurs chroniques, l'hypnose permet une amélioration de symptômes et de la **qualité de vie** de façon durable.
Une méta-analyse de Elkins, Jensen et Patterson parue en 2007 passe en revue **treize études** prospectives contrôlées sur l'hypnose dans le traitement de douleurs chroniques d'origines variées (cancers, lombalgies ,arthrites, douleurs temporo-mandibulaires, drépanocytose, fibromyalgie, handicap physique ou étiologies mixtes) comparées aux valeurs de départ ou à un état témoin. Les résultats de cette étude indiquent que l'hypnothérapie entraîne, de façon constante, une **diminution importante de la douleur** associée à une grande variété de troubles chroniques. De plus, l'hypnose s'est généralement révélée **plus efficace que les interventions non hypnotiques comme l'attention, la physiothérapie ou l'éducation.** (67)

Selon le Docteur Pellegrini, auteur d'un article sur l'hypnose éricksonienne dans la douleur chronique paru en 2008 (68), les points d'impact possibles de l'hypnose sur la modulation de

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

la douleur chronique sont multiples. Elle permet des réajustements cognitivo-comportementaux autant que le traitement du symptôme douloureux lui-même.

7.1.1.4.1 Douleurs ostéo-articulaires

Une étude de Marie-Claire Gay, Pierre Philippot et Olivier Luminet compare en 2002 trois groupes souffrant de douleurs chroniques ostéo-articulaires et soumis soit à un traitement par l'hypnose, soit à la relaxation, soit à la condition standard (recours aux médicaments classiques). L'hypnose réduit la douleur ressentie par les patients de plus de 50 % en quatre semaines. La relaxation produit un effet moindre (30 %) et il lui faut huit semaines pour l'obtenir. Les deux thérapies permettent de réduire les doses de médicaments par rapport au groupe témoin. Ces résultats suggèrent que l'hypnose ne peut être ramenée à un effet placebo, ni à une simple relaxation et qu'elle a une utilité nette dans le cas des douleurs ostéo-articulaires. (69)

La Haute Autorité de Santé inclut également l'hypnose dans les **recommandations professionnelles** pour la prise en charge non médicamenteuse de la **polyarthrite rhumatoïde** (70) depuis mars 2007.

7.1.1.4.2 Fibromyalgie

Dans une étude parue en 2009, Haüser décrit la fibromyalgie comme des douleurs musculo-squelettiques diffuses chroniques d'étiologie inconnue, souvent accompagnées de trouble du sommeil, de fatigue, de rigidité ainsi que de points spécifiques douloureux. (71)

En mai 2009, une étude de 49 patients a examiné l'activité cérébrale de 49 patients souffrant de fibromyalgie lors de l'utilisation de suggestions d'analgésie et de douleur, en état de veille et en hypnose. (72)
La perception de douleur est plus faible en hypnose qu'en situation d'éveil, lors de la suggestion de douleur. Cette étude confirme l'intérêt de l'hypnose dans le traitement de la fibromyalgie, déjà retrouvé dans de précédentes expérimentations.

7.1.1.4.3 Douleurs oncogènes

L'hypnose peut être utilisée dans le cadre de personnes atteintes de cancers, non seulement dans la prise en charge antalgique mais également pour l'accompagnement des patients lors d'examens paracliniques invasifs par exemple ou la gestion de l'anxiété.

7.1.1.4.4 Maladies auto-immunes

Une étude parue en 2009 a comparé 22 patients souffrant de sclérose en plaque et a montré que l'apprentissage de l'auto-hypnose permettait de diminuer l'intensité des troubles et de contrôler leur pénibilité.(73)

7.1.2 Pédiatrie

7.1.2.1 Douleur

L'**AFSSAPS** a recommandé (**accord professionnel**) les méthodes psychocorporelles telles que l'auto-hypnose pour la prise en charge des douleurs de l'enfant en ville telles que la migraine par exemple.(74)

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Gestes invasifs

Une étude **prospective contrôlée** a été menée en 2006 pour comparer l'efficacité d'une crème analgésique EMLA[9] avec une combinaison de EMLA avec l'hypnose pour soulager les douleurs lombaires induites par une **ponction lombaire** chez 45 enfants âgés de 6 à 16 ans atteints de cancer. (75). Les résultats ont confirmé que les enfants du groupe hypnose+ anesthésique local ont rapporté moins d'anxiété anticipatoire et moins de douleur liée au geste, et ils ont montré moins de signes physiques de détresse au niveau de leur comportement pendant la procédure que ceux des deux autres groupes (anesthésique local seul et anesthésique + attention).

Vaccination

L'AFSSAPS préconisait aussi en 2009 des « techniques de distraction » comme moyen de prendre en charge la vaccination des enfants selon un grade B. (74)

Anne Chastel a montré lors de son étude de thèse en 2011 portant sur 28 enfants âgés de 6 à 8 ans que l'hypnose diminuait non seulement la douleur liée à la piqûre mais également **l'anxiété associée** au geste vaccinal (évaluée grâce à l'échelle mYPAS [10]). (76)

7.1.2.2 Oncologie pédiatrique

En 1991, Zeltzer a étudié le rôle de l'imaginaire focalisé sous hypnose de 54 enfants âgés de 5 à 17 ans et présentant des nausées et vomissements durant une chimiothérapie. Il a été rapporté une durée des nausées plus courte dans la situation d'hypnose et de distraction/relaxation que dans la situation de contrôle de l'attention (dialogue) et une durée des vomissements également moins longue dans le groupe hypnose versus situation de contrôle. (77)

7.1.2.3 Enurésies

L'énurésie nocturne est une maladie socialement perturbatrice et stressante qui affecte environ 15% à 20% des enfants de cinq ans, et jusqu'à 2% des jeunes adultes. Dans une revue de la littérature dirigée par Tao Huang, 24 essais contrôlés randomisés ont été étudiés, regroupant 2334 enfants dont 1283 ont reçu une intervention complémentaire dont l'hypnose.
Concernant les résultats qui nous intéressent, ils étaient meilleurs après hypnose par rapport à la prise d'imipramine dans un des essais (risque d'échec ou de rechute après arrêt du traitement de 0,42, intervalle de confiance à 95% : 0,23 à 0,78).(78)

7.1.2.4 Bégaiement

Jérôme Boutillier, thérapeute en hypnose ericksonienne et humaniste, explique que les prises en charges exclusivement conscientes du bégaiement participent à la chronicisation du phénomène. « *L'hypnose est la discipline de l'inconscient. Il parait évident qu'elle s'impose comme la discipline de prédilection quant à la remise en cause du bégaiement, processus automatique donc inconscient*. ».

---

[9] La crème EMLA est une crème composée de deux anesthésiques locaux (lidocaïne et prilocaïne) agissant par diffusion et permettant une anesthésie locale transcutanée

10 L'échelle mYPAS ou échelle modifiée de l'anxiété préopératoire de Yale comprend des scores associés à l'activité globale (1 à 4), à la vocalisation (1 à 6), à l'expressivité émotionnelle (1 à 4), à l'état d'éveil apparent (1 à 4) et au besoin des parents (1 à 4)

7.1.3 Les troubles anxieux

L'hypnose peut d'abord être utile pour viser un meilleur contrôle de l'anxiété par la relaxation.
Elle permet également d'anticiper un événement phobogène. Troisièmement, elle est décrite comme technique de mentalisation et d'intégration d'un vécu traumatique permettant de prévenir des symptômes anxieux post-traumatiques.(79)

7.1.4 Oncologie

Une étude en cours à Toulouse s'intéresse à 20 patients douloureux présentant des métastases osseuses d'un cancer bronchique, ayant une EVA supérieure à 3 malgré un traitement médical bien conduit, randomisés en deux groupes avec un groupe ayant une séance d'hypnose par semaine pendant quatre semaines et le second groupe n'ayant pas d'hypnose. Les résultats sont optimistes mais pas encore finalisés, ils évaluent l'EVA chaque semaine ainsi que des analyses qualitatives comparatives effectuées en début et fin d'étude basées sur des entretiens ainsi que des questionnaires de qualité de vie (80)

7.1.5 Soins palliatifs

Les soins palliatifs peuvent englober des accompagnements relativements longs comme des situations de fin de vie. L'usage le plus évident de l'hypnose en palliatif est celui de la gestion de la douleur et de l'anxiété. Elle peut être utilisée pour pallier certains effets néfastes de traitements ou lutter contre l'intolérance médicamenteuse.

7.1.6 Gériatrie

Un article récent publié en mai 2013 explique bien en quoi l'hypnose peut être utile dans le domaine de la gériatrie, spécialité nécessitant une prise en charge globale du patient. La prise en charge de l'anxiété, de la dépression, des troubles du comportement, des symptômes douloureux, ou la réalisation de soins anxiogènes ou douloureux peut bénéficier légitimement de l'hypnose selon le Dr Burlaud. (81)

7.1.7 Obstétrique

Les expériences de la douleur pendant le travail sont complexes et variables selon les femmes, mais l'intensité peut en être augmentée par la peur, la tension et l'anxiété. Des techniques telles que l'hypnose ont été proposées comme des moyens de mieux faire face à ces peurs et ces angoisses.

Une revue méthodologique publiée en 2011 s'est intéressée à 13 études sur l'utilisation de l'hypnose lors de l'accouchement et a montré que l'hétéro comme l'autohypnose s'est toujours révélée plus efficace au niveau de la douleur que les soins médicaux courants, les soins de soutien et les cours de préparation à l'accouchement. Ces études ont montré

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

également qu'il y avait un meilleur score d'Apgar[11] du nouveau-né à la naissance et un raccourcissement de la première phase de travail lors de l'accouchement.(82)

Une revue plus récente (novembre 2012) a inclus sept essais qui ont randomisé 1213 femmes à l'hypnose ou au groupe de contrôle, recevant la préparation classique à l'accouchement, les soins standards, l'écoute d'un enregistrement audio de relaxation associée à une pratique de la relaxation en cours prénatals, un accompagnement ou une psychothérapie de soutien.
Il n'y avait pas de différence significative entre les femmes du groupe hypnose et celles du groupe de contrôle en termes d'utilisation supplémentaire de médicaments pour la douleur, de nombre d'accouchements normaux ou de satisfaction des femmes quant à la méthode de soulagement de la douleur.
De petits essais uniques ont rapporté que l'hypnose réduisait l'intensité de la douleur, raccourcissait la durée du travail (comme dans la première revue méthodologique) et réduisait le nombre de femmes qui séjournait à l'hôpital plus de deux jours après la naissance, par rapport aux femmes ayant reçu des cours de relaxation ou un accompagnement de soutien(83).

7.1.8 Les affections à composante psychosomatique

> ***« We are finding that on applying hypnosis to the ills of « man », we must first find in him a faith and a desire to achieve a certain end » Dr J.F Edward, 1968 (84)***

Les trouble psychosomatique est défini par un **trouble somatique dont la dimension psychologique est prépondérante** dans sa survenue et dans son évolution (selon les cours universitaires de médecine de Rouen et de Montpellier).
Sont également admis comme psychosomatiques des manifestations fonctionnelles n'ayant aucune lésion organique ou biologique sous-jacente mais ayant un déterminisme psychologique. Les exemples sont nombreux et la liste non exhaustive.

Il est à noter qu'une fois installé, le trouble psychosomatique **évolue pour son propre compte**, indépendamment des facteurs psychologiques qui ont été à son origine.
En médecine générale, nombreuses plaintes sont celles qui correspondent à une somatisation. Plusieurs études basées sur d'importants échantillons estiment la prévalence de celle-ci à un pour mille en population générale. Ce chiffre est multiplié par 50 en médecine de ville.(85)

Selon le Dr Collot, les problèmes psychosomatiques ou la pathologie fonctionnelle « se traitent grâce aux capacités du sujet à couper la boucle pendant l'hypnose, qui, par le biais du système nerveux autonome, exerce une pression sur un organe ou une fonction ».(86)

7.1.8.1 Asthme

L'asthme est une des principales maladies chroniques de notre temps. Elle se caractérise par des exacerbations aiguës intermittentes, une obstruction des voies respiratoires, une hyperréactivité, et parfois par une inflammation chronique de celles-ci.

[11] APGAR :American Pediatric Groos Assesment Record. Il consiste en une note globale attribuée à un nouveau-né suite à l'évaluation de cinq éléments spécifiques qui sont le rythme cardiaque, la respiration, le tonus, la couleur de la peau et la réactivité(note maximale 10/10)

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

En Afrique du Sud, Le Dr Pretorius explique que les thérapies alternatives telles que l'hypnose, le tai-chi, l'acupuncture et le yoga ont un rôle à jouer dans le traitement de l'asthme et sont efficaces pour en soulager les symptômes(87)
Et en 2007, le Dr Brown de l'université de Harvard, a démontré dans son étude que l'hypnose peut être efficace chez certaines personnes pour **diminuer l'obstruction** des voies respiratoires et pour **stabiliser l'hyperréactivité** bronchique mais que les preuves sont encore insuffisantes pour prouver qu'elle affecte le processus inflammatoire de l'asthme(88).

7.1.8.2 Pathologies gastro-intestinales

- Troubles fonctionnels intestinaux

Motif de consultation très fréquent, sa prévalence atteindrait 7 à 27 % de la population générale selon les études, en particulier les femmes (deux fois plus que les hommes).(89)
Une étude publiée en 2007 a analysé 4 essais cliniques (non regroupés en une méta-analyse devant les différences de méthodologies) évaluant l'efficacité de l'hypnothérapie dans le traitement des troubles fonctionnels intestinaux.
L'effet thérapeutique de l'hypnothérapie a été jugé supérieure à celui d'un groupe contrôle de patients sur liste d'attente pour voir un gastro-entérologue ou à celui d'un autre groupe bénéficiant d'une prise en charge médicale habituelle symptomatique, même si ces résultats doivent être interprétés avec précaution du fait de la petite taille des échantillons et l'absence de méta-analyse à proprement parler. (90)
Il est important de noter que les effets secondaires nocifs n'ont été signalés dans aucun des essais.

D'autres pathologies gastro-intestinales où le psychosomatique est lié peuvent être citées telles que les ulcères gastroduodénaux par exemple.

7.1.8.3 Dermatologie

En pratique, l'hypnose est souvent utilisée avec les personnes souffrant d'eczéma, également avec le psoriasis et il a été cité aussi le lichen plan.(38)

7.1.8.4 Douleurs thoraciques non cardiaques

Une douleur thoracique récurrente en l'absence de maladie coronarienne est un problème courant, difficile à traiter qui mène parfois à une utilisation excessive de soins médicaux. Un nombre important de patients ne sont pas rassurés par une évaluation médicale négative, signalant des douleurs persistantes et des limites. Les facteurs psychologiques semblent être importants pour le traitement.
Une revue en 2012 a inclus toutes les études de psychothérapie pour les douleurs thoraciques non cardiaques soit 15 essais regroupant 803 patients. La revue a découvert que les traitements cognitivo-comportementaux sont probablement efficaces, (en termes de diminution de la fréquence des douleurs thoraciques) sur le court terme, pour traiter les douleurs thoraciques non cardiaques et que **l'hypnothérapie est également une alternative possible**. La certitude n'a pu être conclue du fait du biais de la grande variabilité des études incluses mais les auteurs semblent très positifs. (91)

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

7.1.8.5 Rachialgies

Une étude parue en 2009 évaluant 1575 patients ayant consulté dans quatorze structures de prise en charge de la douleur entre septembre et novembre 2008, a montré que presque **7%** d'entre eux présentaient des douleurs **liées au travail**, et que celles-ci étaient en premier lieu constituées par des rachialgies et des radiculalgies. Dans 96,4% des cas, les médicaments prescrits n'avaient apporté qu'un soulagement transitoire à ces patients chez qui le niveau d'anxiété et de troubles de l'humeur était également plus élevé (2 sur 3 avaient un score élevé sur l'échelle d'anxiété d'Hamilton[12] par exemple)(92) La prise en charge par hypnose semblerait alors intéressante dans ce contexte.

7.1.9 Sexologie

Le domaine de la sexothérapie en n'est qu'à ses débuts, mais les troubles sexuels, qu'ils soient primaires ou secondaires (à des médicaments, à des accidents..) sont en fait assez nombreux. On peut citer par exemple les troubles de l'éjaculation, l'impuissance, le vaginisme ou la perte de la libido.
Comme l'explique Antoine Bioy, « *tout problème autours de la sexualité pose la question du rapport du patient à son corps, à l'autre, à la question de l'intime et à sa vie émotionnelle*. »
L'hypnose est une méthode qui peut se greffer à d'autres thérapies notamment de couple. Elle a l'avantage d'être de nature psychocorporelle et donc peut être intéressante dans ce domaine qui touche à la fois le corps et la dynamique psychique et relationnelle de l'individu.

On peut également citer comme autres indications thérapeutiques les **troubles du sommeil**, les **troubles du comportement alimentaire** tels que l'anorexie, la boulimie, l'accompagnement diététique ou les **addictions** tels que l'alcoolisme ou le tabagisme.
Les effets de l'hypnothérapie sur le sevrage tabagique ont été proclamés par des études non contrôlées. Cela dit, ils n'ont pas été confirmés par l'analyse d'essais contrôlés randomisés selon une méta analyse datant de 2010 portant sur 11 études et s'intéressant au sevrage tabagique à 6 mois.(93)

7.1.10 Psychiatrie

Hors pathologie lourde, l'hypnose est couramment employée dans l'ensemble des pathologies touchant au stress et dans d'autres domaines de la psychiatrie que nous ne développerons pas ici, tels que les phobies, les névroses d'angoisse, l'hystérie, les névroses obsessionnelles ou les troubles psychotiques par exemple.(38)

La liste de ces applications thérapeutiques n'est pas exhaustive, car comme le disait déjà Hartman en 1967 dans le Journal of medical association : « *De tels exemples pourraient inclure pratiquement* ***tous les désordres physiques et émotionnels****, (…) et l'hypnose pourrait être utilisée dans toutes les spécialités médicales* ». (94)
Jean Godin confirme cette idée puisque selon lui, *« les indications de l'hypnose sont fonction de la créativité de chacun »*.(34)

[12] Echelle d'anxiété d'Hamilton: cette échelle évalue le degré d'anxiété d'un individu mais ne peut évaluer la sévérité des symptômes dépressifs. Le patient doit répondre aux 14 items correspondant à une liste de symptômes et le résultat comprend une note d'anxiété psychique (note maximale de 28) et une note d'anxiété somatique (items 7 à 13). Le seuil admis pour une anxiété significative est de 20.

7.2 Contre-indications à l'hypnose

Pour les personnes présentant une structure de personnalité limite ou psychotique, l'hypnose doit être utilisée avec circonspection et seulement lorsque l'alliance thérapeutique est déjà bien établie et de bonne qualité selon D.Smaga. (79)

La seule contre-indication selon Erickson est la capacité du thérapeute. Chaque praticien doit accompagner son patient dans son propre domaine de compétence.

Il est communément admis que l'hypnose est à éviter cependant chez des patients présentant des troubles dissociatifs ou des délires à consonance paranoïaque.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

8. Place de l'hypnose dans la médecine générale

« Soigner c'est se heurter aux limites de certains patients- qui ne peuvent ou ne pourront jamais réellement changer- c'est également découvrir nos propres limites qui nous ôtent des chances de pouvoir aider ceux qui nous consultent. » JM Benhaiem

8.1 Définition de la médecine générale et de ses caractéristiques selon la WONCA[13]

La communauté scientifique internationale est parvenue à un consensus en 2002 autour de la définition de la médecine générale. Selon la WONCA Europe «*la médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.* »(95)

Depuis 2004 en France la médecine générale est une spécialité médicale.

Selon le Dr Pouchain, la médecine générale reproduit un modèle global, centré sur le patient, ouvert sur l'extérieur, considérant la maladie comme l'ensemble ou la résultante de facteurs organiques, humains et environnementaux. Cette conception de la santé en tant que phénomène complexe est comparable à l'approche bio-psycho-sociale de Engel.(96)

En 2002, la WONCA a fait validé, avec la participation de l'OMS , une définition consensuelle de la médecine générale.(95)

Celle-ci est définie par 11 critères qui sont :

- Médecine de premier recours

C'est le premier contact avec le système de soin.
Le patient consulte souvent dès l'émergence des symptômes. A ce stade précoce, il est difficile de faire un diagnostic précis et définitif.
La médecine générale prend en compte **tous les problèmes de santé**, « indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée »

- Coordination des soins

Le médecin généraliste fait la synthèse des différentes interventions médicales concernant le patient, il se charge de faire circuler l'information et organise le circuit de soins de façon cohérente. La médecine générale remplit alors un rôle de pivot du système de soins.

- Approche centrée sur la personne

Dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

[13] WONCA : acronyme signifiant World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, souvent abrégé en World Organization of Family Doctors) est **l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes**. La mission de cette organisation est de promouvoir et de développer la discipline « Médecine Générale » et elle compte 200 000 médecins réunis dans 80 pays dont la France. Les deux représentants de la Frandce au sein de la WONCA sont le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et la Société Française de Médecine Générale (SFMG)

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

- Relation médecin/patient privilégiée

Basée sur une communication appropriée

- Continuité des soins

Dans la durée

- Démarche diagnostique orientée par la prévalence des maladies

Ainsi que sur leur incidence

- Approche pluridisciplinaire et simultanée

Le patient consulte souvent pour plusieurs motifs ou plaintes. Il présente en moyenne deux motifs de recours et ce chiffre augmente avec l'âge. Les polypathologies sont fréquentes et concernent particulièrement les personnes âgées.
La médecine générale intègre ces **nombreuses sollicitations dans le temps d'un même acte médical.** La réponse simultanée à la multiplicité des demandes nécessite une gestion hiérarchisée des problèmes qui tient compte à la fois des priorités du patient et de celles de la médecine.

- Intervention au stade précoce des maladies
  Caractéristique qui découle du fait que la médecine générale est une médecine de premier recours.

- Promotion et éducation de la santé

- Responsabilité en santé publique

- Réponse globale aux problèmes de santé

Dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.
Car en effet, le patient ne peut être isolé de son contexte. Chaque patient a une histoire personnelle et familiale et la maladie prend un sens dans cette histoire. La décision médicale doit donc tenir compte des conséquences des évènements de vie du patient. Et comme le dit le Dr Pouchain : « *Centrée sur le patient et ouverte sur son environnement, cette approche globale éclaire la signification des symptômes*. » (96)

8.2 Définition du médecin généraliste

Le médecin généraliste exerce au sein d'une structure de soin primaire, c'est-à-dire de premier recours. En France, le mode d'exercice le plus fréquent de la médecine générale est la **médecine libérale**. Le médecin généraliste y est rémunéré **au nombre d'actes effectués**.
En France, certains médecins généralistes libéraux exercent aussi une ou plusieurs journées par semaine dans une structure autre que leur cabinet : hôpital, maison de retraite, centre de planning familial, centre de protection maternelle et infantile etc…(96)

Au 1er janvier 2009 seuls 9% des nouveaux médecins inscrits à l'Ordre ont choisi un mode d'exercice libéral exclusif , les 2/3 ont préféré le statut de salarié et ¼ ont opté pour le statut de remplaçant parmi lesquels 85.4% sont des généralistes selon le directeur de l'Ordre National des Médecins le Docteur Michel Legmann en avril 2010.

Les médecins généralistes exercent encore actuellement le plus fréquemment en libéral (en « cabinet ») mais les médecins nouvellement inscrits à l'Ordre **s'orientent de plus en plus vers un statut de salarié** (des hôpitaux, des cliniques, des centres de PMI etc..) ou de remplaçant (cabinets multiples).

8.3 La médecine générale à La Réunion

La Réunion comptait, en 2010, 1092 médecins généralistes en activité, soit une densité moyenne de 133 médecins généralistes pour 100 000 habitants (soit un médecin pour 751 habitants) ce qui est légèrement inférieur à la densité en métropole qui est de 140.4 (un médecin pour 712 habitants). Le taux d'accroissement du nombre de médecins est encore positif.

Selon l'Agence Régionale de la Santé, La Réunion comptait au 1er janvier 2011 820 médecins généralistes libéraux et 344 généralistes salariés soit 42% exerçant en dehors des cabinets libéraux.(97)

8.4 L'hypnose à La Réunion

Les premiers soignants à bénéficier d'une formation d'hypnose à La Réunion l'ont fait en 2001 avec le premier séminaire d'hypnopraxie du docteur Guy Chedeau, à raison d'un séminaire de cinq jours deux fois par an pendant 2ans et demi. Le Dr Chedeau a ainsi formé depuis 220 personnes (médecins généralistes, anesthésistes, psychologues cliniciens, psychiatres, sage-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes…).

L'association du Collège d'Hypnose de l'Océan Indien organise également deux fois par an des formations sur trois jours pour perfectionner la pratique hypnotique. Elles sont donc réservées aux professionnels de santé déjà formés à la pratique de l'hypnose de soin. Les intervenants viennent de métropole le plus souvent (Dr Célestin-Lhopiteau, Dr Benhaiem..).

Le diplôme universitaire d'hypnose médicale est enseigné depuis moins d'un an sur l'Ile, et a déjà formé une trentaine de soignants.

D'autres formations ne sont pas réservées qu'aux professionnels de la santé : Anne-Laurence Fritsch, psychopédagogue et praticienne en hypnothérapie, dispense également des formations de cinq jours en hypnose éricksonienne et psychobiologie de la guérison et des formations sur l'hypnose chez l'enfant, chez l'adulte et dans les troubles du comportement alimentaire ainsi que sur les techniques d'auto-hypnose.

8.5 Domaines d'utilisation de l'hypnose en médecine générale

8.5.1 Motifs de consultations en médecine générale

Une étude de l'IRDES[14] montre que, en dehors des problèmes ophtalmologiques, obstétricaux et dermatologiques, tous les motifs de consultation sont pris en charge majoritairement en médecine générale. En particulier, un fort pourcentage concerne les maladies endocriniennes

[14] I.R..D.E.S : Institut de Recherche en Documentation et Economie de Santé

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

et métaboliques (c'est-à-dire que 91% des patients consultant pour des maladies métaboliques sont vus par des médecins généralistes), idem pour les affections digestives (88%), les atteintes de l'appareil cardio-vasculaire ou respiratoire (87% chacune), les lésions ostéo-articulaires ou traumatiques (86% chacune), les troubles mentaux et du sommeil (65%).
Ainsi**, la plupart des problèmes de santé de la population, qu'ils soient biomédicaux ou psychiques, sont traités et/ou suivis en médecine générale**. (98)

8.5.2 Indications thérapeutiques de l'hypnose et dictionnaire de résultats de consultation de la Société Française de Médecine Générale (SFMG)

Le Dictionnaire des Résultats de consultation, réalisé par la SFMG, regroupe les situations cliniques qu'un médecin généraliste rencontre en moyenne **au moins une fois par an**.
L'ensemble des résultats de consultation représente plus de 97% des situations cliniques prises en charge en médecine de premier recours.
En pratique, un médecin généraliste rencontre chaque résultat de consultation une fois par an, soit environ dans un cas sur 4000 consultations (activité moyenne du médecin généraliste français).
Et si l'on regarde le dictionnaire des résultats de consultation de médecine générale, on constate que les indications thérapeutiques de l'hypnose (déjà décrites précédemment dans la première partie de ce travail) sont toutes contenues dans ce dictionnaire. (Voir annexe 1)

Les domaines d'application de l'hypnose sont donc bien concordants avec les motifs de consultation les plus fréquemment rencontrés en médecine générale.

8.5.3 Ces patients qui « veulent et ne veulent pas guérir »

En plus des applications thérapeutiques très diversifiées de l'hypnose, celle-ci peut également être utilisée en médecine générale avec des patients en « échec » d'autres moyens thérapeutiques ou ayant un profil particulier , comme l'explique le Dr Collot, célèbre psychiatre et hypnothérapeute : « *l'hypnose trouve une indication privilégiée dans les* ***traitements qui piétinent***, ***s'enferment dans la plainte***, *s'éternisent dans des discours factuels (...) et qui contribuent à cérébraliser la thérapie, ou à l'enfermer dans un système défensif.* »(86)
L'hypnose peut ainsi être un outil supplémentaire à des **problématiques paradoxales** de patients qui veulent et ne veulent pas guérir.
Ces problématiques regroupent alors un nombre considérable de motif de consultations, notamment en médecine générale, et que ce soit en cabinet comme dans d'autres structures d'accueil de médecins généralistes.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

II. ETUDE

1. Présentation de l'étude

1.1 Constatations à l'origine de l'étude

On constate ces deux dernières décennies une envolée de la pratique de l'hypnose thérapeutique qui se développe dans de nombreuses spécialités et qui la place au centre de l'échiquier des thérapies modernes.
A l'hôpital, on la rencontre en salle d'opération comme complément d'anesthésie, ou dans les centres de traitement de la douleur, à titre d'analgésique. Ses applications sont diverses, bien implantées et reconnues scientifiquement.
Des études montrent que les patients sont très demandeurs d'informations sur les médecines alternatives complémentaires dont fait partie l'hypnose. (99) Mais cet outil est encore peu utilisé par les médecins généralistes.
Il m'a semblé donc intéressant d'avoir des retours d'expérience de médecins généralistes formés à l'hypnose ainsi que ceux de leurs patients, le tout dans les limites du département de l'Ile de La Réunion. Pour être exhaustive sur la médecine générale, et sachant que 42% des médecins généralistes à La Réunion sont salariés, je les ai inclus également dans l'étude avec les médecins libéraux.

1.2 Type d'étude

C'est une étude descriptive transversale qualitative et quantitative.

1.3 Question de recherche

Pourquoi et **comment** utiliser l'hypnose en médecine générale, que ce soit en cabinet ou dans d'autres établissements de santé ?
C'est-à-dire déterminer l'utilité de l'utilisation de cette médecine complémentaire par des médecins généralistes, en se basant sur ceux exerçant dans le département de La Réunion.

1.4 Hypothèse de départ

L'hypnose est un outil **utile** et **efficient**[15] pour la pratique des médecins généralistes.

[15] L'efficience est l'optimisation des outils mis en œuvre pour parvenir à un résultat. Elle se mesure sous la forme d'un **rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées.** Il faut la distinguer de l'efficacité qui est le rapport entre les résultats obtenus et les objectifs fixés.

1.5 Objectifs de l'étude

1.5.1 Objectif principal

Evaluer la **pertinence de l'utilisation** de l'hypnose par des médecins généralistes, en consultation de cabinet ou dans d'autres structures de soin.

1.5.2 Objectifs intermédiaires

1.5.2.1 Faisabilité

Etudier la faisabilité en termes de **temps** et d'**organisation** ainsi que l'**applicabilité -** c'est-à-dire la pertinence par rapport aux indications- de la pratique de l'hypnose par des médecins généralistes exerçant en cabinet ou en établissements privés ou publics.

1.5.2.2 Efficacité thérapeutique

Etudier les bénéfices en termes de **résultats de santé** d'un point de vue du médecin d'une part et du patient d'autre part, c'est-à-dire évaluer **l'efficacité ressentie** des deux acteurs.

1.5.2.3 Satisfaction

Evaluer la satisfaction du médecin généraliste ainsi que du patient après utilisation de l'approche hypnotique, en termes d'épanouissements professionnel et personnel du médecin, et en termes de satisfaction personnelle pour le patient. La satisfaction est définie par un état psychologique positif d'un individu qui exprime son contentement.

1.5.2.4 Relation médecin / patient

Evaluer le **bénéfice de l'hypnose sur la relation** médecin / patient.

1.5.2.5 Focus sur les médecins généralistes en cabinet

Déterminer l'intérêt de l'utilisation de l'hypnose pour les médecins généralistes installés en cabinet libéral sur l'Ile de La Réunion (sous-groupe de la population étudiée).

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

2. Matériel et méthode

2.1 Population concernée

2.1.1 Médecins

Tous les **médecins généralistes exerçant sur l'Ile de La Réunion** en cabinet libéral ou en établissements privés ou publics (services hospitaliers, centres antidouleurs, cliniques de rééducation fonctionnelle, médecine préventive, Centre de protection maternelle et infantile…) **formés à l'hypnose** ou en cours de formation, et utilisant ou pas l'hypnose comme outil thérapeutique dans leur pratique professionnelle sont concernés par l'étude.

2.1.2 Patients cibles

Les patients cibles sont tous les patients ayant bénéficié d'une prise en charge par hypnose de façon ponctuelle ou de suivi, en hypnose conversationnelle ou en séance formelle, ayant consulté chez les médecins généralistes précédemment interrogés et acceptant de répondre au questionnaire.
Le recueil des données s'est fait sur une période de trois mois, allant de juillet à octobre 2013.
Les patients recrutés de façon anonymes seront appelés de p1 à p 43 dans ce travail.

2.2 Méthode

La double étude médecins et patients est basée sur un **modèle descriptif**. Nous avons choisi une étude **transversale** car c'est une méthode de recherche qui permet l'observation d'une population dans sa globalité, à un instant donné dans le temps.

Elle est réalisée à partir de questionnaires médecins et patients contenant des questions ouvertes, et d'autres plus fermées avec des choix multiples, des choix prioritaires, ainsi qu'une ouverture possible (proposition « autre » avec espace ouvert dans chaque question), ce qui en fait une étude **qualitative et quantitative**.
Ces deux questionnaires ont été réalisés sur Google drive à l'aide de formulaires en ligne.

Concernant la méthodologie, il a été proposé aux médecins recrutés de répondre à un questionnaire en ligne traitant du mode d'exercice professionnel, de leur formation à l'hypnose, de son utilisation (ou pas) avec les patients et de leur ressenti.
Ce formulaire leur a été envoyé par mail avec un courrier d'accompagnement après un premier contact téléphonique où ils m'avaient donné leur accord pour leur participation.

Dans ce courrier, il était également demandé aux médecins de proposer aux patients chez qui ils avaient utilisé l'hypnose comme outil thérapeutique (hypnose conversationnelle ou en séance) de répondre à un questionnaire d'évaluation rapide (en format en ligne ou en papier, déposés en plusieurs exemplaires sur leur lieu d'exercice).

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

En fonction des patients, les médecins pouvaient **soit les interroger directement** en fin de consultation (après une ou plusieurs consultations d'hypnose) en leur demandant de remplir seuls la dernière partie du questionnaire (concernant leur ressenti et la relation au médecin) et de la remettre dans l'enveloppe cachetée, soit ils leur donnaient le lien internet pour qu'ils remplissent de chez eux le questionnaire en ligne.

Toutes les explications faites initialement par téléphone ont été reprises ensuite dans ce courrier :
-En cas de non utilisation de l'hypnose, il était précisé que les praticiens pouvaient quand-même remplir le premier questionnaire médecin.
-En cas d'utilisation de l'approche hypnotique (techniques de langage..) pour des gestes ponctuels comme des vaccinations, des sutures ou des pansements, ils pouvaient aussi proposer aux patients de répondre au questionnaire en fin de consultation.
-En cas d'âge du patient inférieur à 15 ans, les médecins devaient interroger les parents qui avaient assisté à la consultation.
-Le temps d'inclusion était de 3 mois, puis le dernier mail de relance a été envoyé une semaine avant la clôture de l'étude patients afin de convenir d'un rendez-vous pour que je vienne récupérer les questionnaires patients sous format papier.

2.2.1 Mode de recrutement

2.2.1.1 Médecins généralistes

Le **recrutement** des médecins de l'étude a été **long** et **laborieux** car il n'existait pas de liste officielle de médecins généralistes travaillant sur l'Ile et ayant été formés à l'hypnose thérapeutique. La difficulté résidant également dans la petite taille de l'effectif des médecins concernés.

Le début de la recherche des médecins généralistes formés à l'hypnose s'est fait en avril 2012 par de multiples moyens :

-Consultation des **pages jaunes** à la rubrique médecins généralistes puis « médecins généralistes » et « hypnothérapeute », mais aucune réponse trouvée.

-Appel de **l'Ordre Départemental des Médecins** de La Réunion mais pas de recensement existant de médecins formés à l'hypnose.

-**Formation d'hypnopraxie du Docteur Guy Chedeau** : envoi par mails de demande de listing des médecins généralistes formés à l'hypnose depuis le début de la formation sur l'Ile, mais devant les réticences à donner les coordonnées personnelles de ces médecins, Annie Chedeau, la femme du Docteur Chedeau, a transféré à ces personnes un mail expliquant l'objectif de ma thèse et ma requête de recrutement avec mon adresse mail et mon numéro de téléphone afin que ceux qui le souhaitaient puissent me contacter.
Certains médecins m'ont répondu par ce moyen. Deux relances ont été faites par mail et téléphone auprès d'Annie Chedeau qui faisait le lien avec eux.

-**Association Collège d'Hypnose Océan Indien** (CHOI) : Un message d'information de Jean Claude Lavaud, président de l'association CHOI a été envoyé à tous les membres du CHOI

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

afin de recruter des médecins généralistes pour l'étude médecins et des relances orales ont été faites lors d'ateliers et de rencontre des membres du CHOI.

-Rencontres lors de séminaires : notamment aux **13èmes journées réunionnaises de la Douleur** qui se sont déroulées en mars 2013 à l'Hermitage et dont le thème était « hypnose et douleur »: introduction par le Docteur Cruanes auprès de médecins formés à l'hypnose et présents lors de cette journée d'information. Présentation orale de ma thèse, des objectifs et des questionnaires afin de récupérer des coordonnées téléphoniques et mail de médecins intéressés puis contacts ultérieurs avec lettre d'information et envois des questionnaires.

-Secrétariat du diplôme universitaire (DU) d'hypnose médicale : contact par mail (pas de réponse par téléphone) afin de demander le listing des médecins généralistes formés à la première cession du DU en janvier 2013, ou proposition transmettre aux personnes concernées mon courrier d'information et de recrutement, mais pas de réponse malgré mes relances.

-**Bouche-à-oreille :** De loin le moyen le plus efficace de recruter des médecins., d'autant plus sur l'Ile de la Réunion où le réseau de connaissances fonctionne très bien, et où les médecins ne sont pas très nombreux et sont susceptibles de se connaitre.
Le dernier médecin inclus l'a été en octobre 2013 par ce moyen alors qu'il avait reçu un mail d'information de l'association CHOI auparavant mais qu'il n'y avait pas prêté attention.

Au total, 26 médecins étaient concernés par l'étude et ont été recrutés.

Premier appel téléphonique des médecins recrutés en juillet 2013 avec envoi des questionnaires médecins le 14/07/2013

Les coordonnées des médecins généralistes ont été enregistrées sur une base de données Excel personnelle non divulguée, avec suivi personnel des envois de questionnaires, de leurs réponses, des relances. Il leur a été attribué un numéro d'identifiant dans la base de données de l'étude par souci d'anonymat, appelés « Mg 1 à Mg 22 » tout au long de ce travail.

2.2.1.2 Patients

Les patients cibles étaient tous les patients avec qui les médecins généralistes estimaient avoir utilisé l'hypnose thérapeutique lors de la consultation, en séance formelle ou en conversationnel, de façon ponctuelle ou de suivi.

2.2.2 Le recueil des données

2.2.2.1 Questionnaires médecins

(cf annexe 2)
Les questionnaires médecins ont été plusieurs fois modifiés, après concertation avec mon directeur de thèse, également praticien de l'étude qui a essayé de répondre au questionnaire en premier, puis après entretien avec Elise Brottet, médecin de santé publique travaillant à la CIRE de Saint Denis.
Premier envoi de questionnaires le 14/07/2013
Clôture de ceux-ci le 10/10/2013.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Les médecins y ont répondu régulièrement dans cette période avec des pics de réponses après chaque relance par courrier électronique ou contact téléphonique.
Un 23ème médecin a répondu une semaine après la clôture de l'étude médecins mais les statistiques avaient déjà étaient faites, ainsi que les graphiques et les diagrammes. Il n'a donc pas été inclus dans l'étude.

2.2.2.2 Questionnaires patients

(cf annexe 4)
Devant les études déjà faites sur le sujet (100), il m'a semblé important de s'intéresser au retour des patients sur la pratique de l'hypnose en médecine générale, car en 2012 cela n'avait pas encore été analysé.
Je souhaitais faire des entretiens semi-directifs avec eux, mais il n'est pas possible de prévoir l'utilisation de techniques hypnotiques en consultation, surtout en conversationnel. Il fallait donc que ce soient les médecins généralistes qui le proposent en fin de consultation unique ou de suivi.
J'ai donc élaboré un questionnaire de satisfaction avec des questions plutôt fermées dans un souci de faciliter le travail des enquêteurs.

Premier envoi le 14/07/2013
Clôture des questionnaires patients le 31/10/2013

Elise Brottet m'a donné des conseils pour optimiser la formulation et la méthode de distribution: il a été convenu, après plusieurs modifications, que les questionnaires devraient être proposés au patient en fin de consultation par les médecins généralistes ayant utilisé l'approche hypnotique avec lui. Il pourrait lui poser les questions des deux premières parties et lui demander de remplir la dernière puis de remettre le questionnaire dans une enveloppe cachetée à la secrétaire ou à lui-même, en précisant bien que ceux-ci sont anonymes et que le médecin généraliste n'aura pas accès aux réponses.
Au cours de l'étude, certains médecins m'ont demandé l'autorisation de faire remplir le questionnaire patient directement en ligne en leur donnant le lien internet, ce que j'ai accepté, aux vues de l'effectif réduit de l'échantillon de patients. 27 patients sur 43 ont ainsi répondu au questionnaire de cette manière.

2.2.3 L'analyse des données

L'analyse des données des réponses de médecins a été commencée le 10 octobre avec le **Dr Brottet** à l'ARS de Saint-Denis, par un recoupement des données avec le logiciel **Exce**l, et des tableaux croisés dynamiques. Les statistiques ont été faites à partir de Excel seulement et ont été vérifiées par le Dr Brottet.
L'étude des patients a été analysée dans un second temps à la fin du mois d'octobre, après réception de tous les questionnaires papier et en ligne.
J'ai retranscris moi-même les réponses des questionnaires papier sur les formulaires en ligne après une relecture, afin de procéder à l'analyse sur Excel des données.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3. Résultats

3.1 Etude des médecins généralistes de La Réunion formés à l'hypnose

22 médecins/ 26 ont répondu au questionnaire soit **85% de participation**. Il est à noter qu'un 23ème médecin a répondu mais une semaine après la clôture de l'étude donc n'a pu être inclus.

3.1.1 Profil des médecins et modes d'exercices

3.1.1.1 Caractéristiques personnelles des médecins

3.1.1.1.1 Age
L'âge moyen des médecins participant à l'étude est de **42,8 ans**, le plus jeune ayant 30 ans et le plus âgé 64 ans, avec un écart-type de 8.9 ans[16]
La moitié des médecins interrogés a cependant moins de 40 ans.

3.1.1.1.2 Sexe
77% des médecins sont des femmes, soit un sex-ratio homme/ femme de 0.29 [17] c'est-à-dire qu'il y a **trois fois plus de femmes** dans l'échantillon des médecins.

3.1.1.1.3 Temps d'installation à La Réunion
Ils sont installés professionnellement depuis 9.5 années à La Réunion en moyenne.

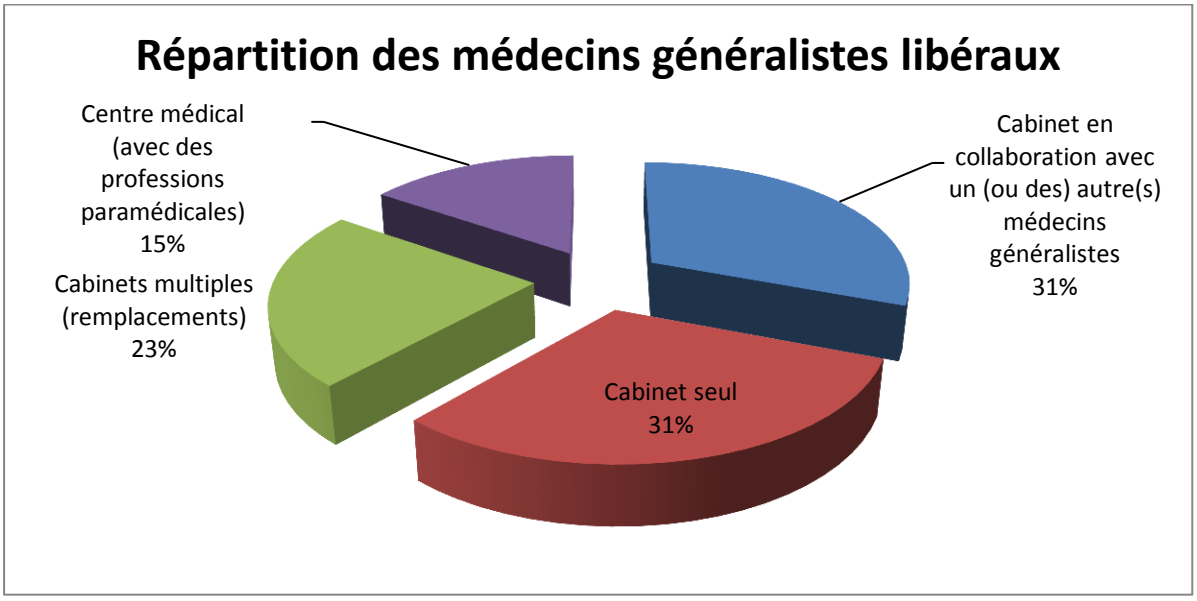
3.1.1.1.4 Organisation de travail

3.1.1.1.4.1 Milieu de travail
70% des médecins considère travailler plutôt dans un milieu urbain (dans « les Bas » du département) , 13% travaillant avec des patients venant des « Bas » et des « Hauts » de façon mixte.

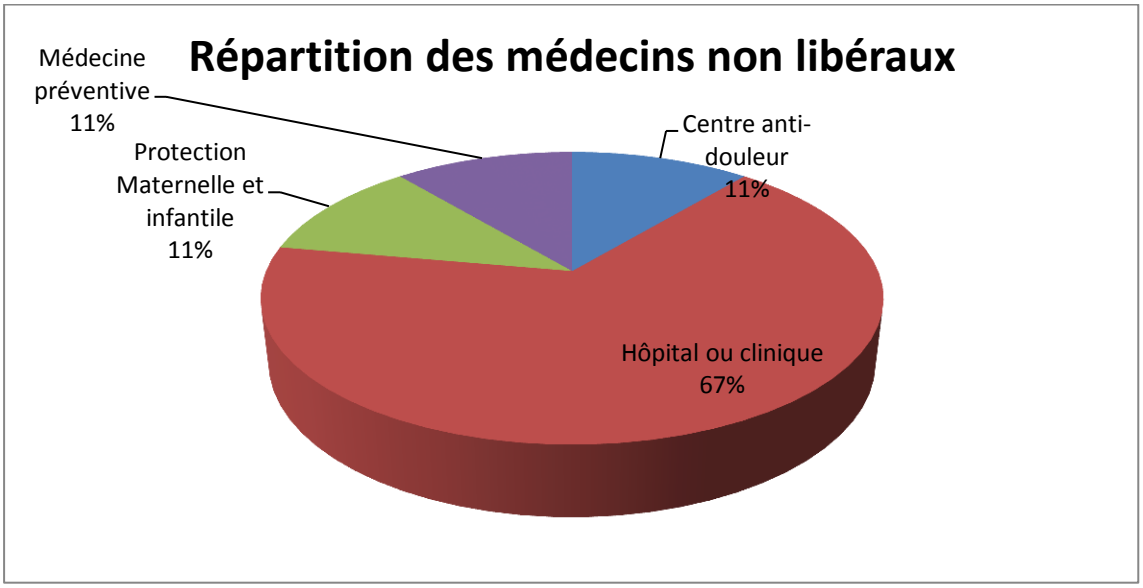
3.1.1.1.4.2 Lieu d'exercice
13 médecins exercent en cabinets libéraux sur les 22 interrogés, soit presque 60%, et se regroupent de la façon suivante :
- 4 sont seuls dans leur cabinet
- 4 autres sont en collaboration avec d'autres médecins
- 3 font des remplacements en cabinets multiples
- et 2 travaillent avec des professionnels de santé paramédicaux au sein d'un centre médical.

[16]Selon l'Insee, l'écart-type sert à mesurer la dispersion, ou l'étalement, d'un ensemble de valeurs autour de leur moyenne. Plus l'écart-type est faible, plus la population est homogène. Ici, les âges moyens se regroupent entre 34 et 52 ans (42,8+/-8,9).
[17] Le sex-ratio ou rapport de masculinité est le rapport entre le nombre d'hommes et le nombre de femmes, exprimé en nombre d'hommes pour 100 femmes.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014



Parmi les 9 autres médecins généralistes, la majorité exerce en services hospitaliers (service d'urgences par exemple) ou en clinique, un est en service de protection infantile et planning familial, un en centre anti-douleur et un en service de médecine préventive.



3.1.1.1.4.3 Temps dédié à l'hypnose

La moitié des médecins généralistes fonctionne avec des prises de rendez-vous (R.D.V) pour leurs consultations (uniquement avec R.D.V ou avec R.D.V et sans) et presque un tiers (32%) a des plages horaires dédiées à l'hypnose dans la semaine.

Pour détailler ce temps accordé spécifiquement à l'hypnose, la moitié précise que cela correspond à des **horaires spécifiques** comme entre midi et deux heures ou après 18heures, 2 médecins y accordent **une demi-journée par semaine**, un autre l'utilise sur une journée spécifique dans la semaine, et un autre médecin a répondu qu'il pratiquait selon la demande de ses patients. A noter, qu'un des médecins n'a pas précisé le type de temps dédié à l'hypnose dans la semaine.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.1.1.1.4.4 Aménagements spécifiques

40% des médecins ont été amenés à aménager leur lieu d'exercice afin de mieux utiliser l'approche hypnotique.

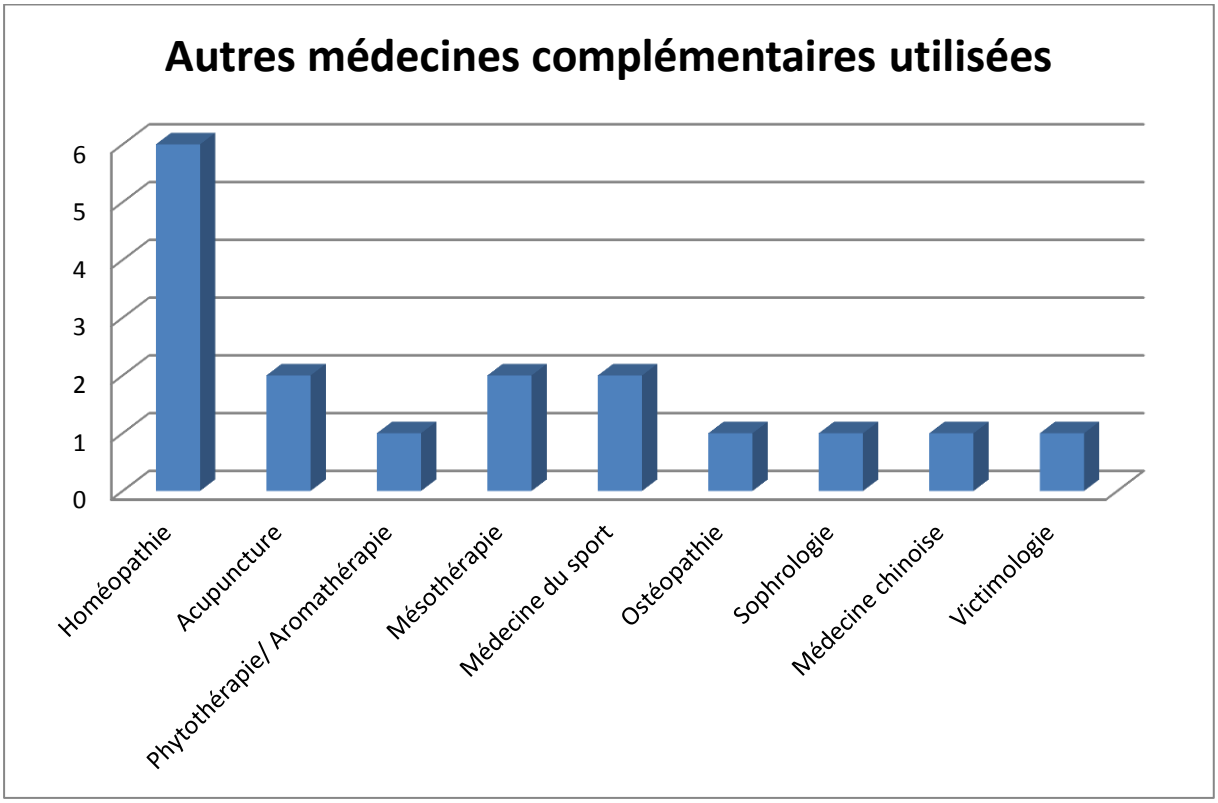
Parmi les aménagements proposés et ceux cités de façon libre, on retrouve en priorité :

- les **plages horaires spécifiques** dédiées à l'hypnose pour presque **90%** d'entre eux
- les consultations sur R.D.V **(44%)**
- **1'allongement du temps de consultation (33%)**
- et la mise en place de **nouveaux matériels** de type fauteuils ou canapés par exemple (**33%**)

3.1.1.1.5 Modes d'exercice complémentaires

En dehors de l'hypnose, il est intéressant de noter que **la moitié** des médecins généralistes utilise d'autres modes d'exercice complémentaires dans sa pratique, que ce soient des médecines alternatives complémentaires (acupuncture, ostéopathie..), d'autres outils thérapeutiques (sophrologie) ou des spécialisations complémentaires (médecine du sport, victimologie…)

Parmi eux, **6 médecins sur 11 utilisent l'homéopathie**, 2 sont formés à la médecine du sport, 2 à la victimologie et 2 pratiquent l'acupuncture.



dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.1.1.2 Formation à l'hypnose médicale

3.1.1.2.1 Pourquoi l'hypnose ?

A la question ouverte de **la motivation initiale** des médecins à se former à cette technique, on remarque la prédominance de certaines réponses :

3.1.1.2.1.1 Pour avoir une « nouvelle corde à leur arc »
4 praticiens décrivent la notion d'**outil complémentaire, différent ou supplémentaire** pour les aider dans leur pratique médicale :
« L'apport d'une aide supplémentaire dans la prise en charge des patients »,
« approche différente », « pour une corde supplémentaire à mon arc » (Mg 11) ou encore «enrichir ma prise en charge du patient »

Un outil nécessaire parfois quand ils ont été face aux limites des outils dont ils disposaient déjà ou bien devant des situations ou des pathologies difficiles :
Ils parlent ainsi de « décalage entre les attentes des patients en cabinet et (leurs) outils pour y apporter des réponses » et de « difficultés devant des moments particuliers et devant des pathologies particulières ou chroniques »

Un autre médecin justifie sa formation dans le but d'obtenir « un outil supplémentaire pour traiter les patients dans des pathologies où les médicaments montrent rapidement leur limite »
Ou le Mg 13 qui dit : « parce que cette technique me semble plus indiquée pour aider certains patients que les autres outils que je propose déjà et qui échouent parfois, notamment dans le cadre des dépendances (tabac), compulsions alimentaires, anxiété chronique et douleurs. »

3.1.1.2.1.2 Pour une prise en charge plus globale
5 médecins généralistes parlent d'une motivation à « prendre en charge le patient de façon plus globale », notamment un qui précise que c'est «parce que **l'hypnose développe un autre regard**, l'autre est abordé dans sa globalité »
Ou par « **intérêt dans le lien entre le mental et le physique** et vice versa ! »

3.1.1.2.1.3 Pour une prise en charge plus psychologique
Que ce soit pour « la gestion de toutes les plaintes d'ordre psychologique et psychosomatique » ou par « nécessité de répondre mieux aux besoins psychosomatiques », la relation médecin-patient ne peut se passer très longtemps de cette approche moins centrée sur le côté organique. Un troisième médecin l'illustre en disant avoir voulu se former par « grand intérêt pour le côte psychologique, pour les **mécanismes mentaux**, et pour le **pouvoir de l'inconscient** » et le Mg 4 dit que cela permet « dans le **lâcher prise** d'aller plus loin dans l'aide psychologique »

3.1.1.2.1.4 Comme outil de communication
Deux médecins (Mg 12 et 14) ont désiré initialement avoir des « outils d'aide à la communication avec les patients » et mieux « gérer le relationnel médecin patient »

3.1.1.2.1.5 Pour diminuer la douleur et l'angoisse
La prise en charge antalgique est une des indications les mieux connues de l'hypnose, comme le montrent quelques réponses des **7 médecins** qui l'ont citée comme motivation initiale à leur formation en hypnose: « Réaliser des gestes simples (vaccins, sutures) en atténuant douleur et angoisses. »(Mg 3), prendre l'hypnose comme un « complément dans la prise en charge de la douleur » (Mg 4), pour la « pratique de gestes douloureux et la gestion des crises d'angoisse aux urgences » (Mg 16), ou « proposer une alternative de prise en charge dans les troubles

chroniques douloureux et pour les soins notamment la réfection de pansement » (Mg 20), et le MG 17 a même découvert l'hypnose durant un DU douleur.

3.1.1.2.1.6 Pour diminuer les médicaments

En se formant à l'hypnose certains avaient comme objectif d'avoir une « **alternative aux moyens pharmacologiques** »(Mg 8)(Mg 14) ou bien d'« **éviter les effets secondaires** des médicaments antalgiques » (Mg 4)

Ou comme le résume le Mg22, par « recherche de méthodes de traitement sans allopathie et permettant une amélioration durable »

3.1.1.2.1.7 Par intérêt personnel

Certains s'y sont intéressés de longue date de façon personnelle ou ont testé l'hypnose en tant que patient avant de l'appliquer dans leur profession (Mg 2 , 11, 21, 23)

« En fait j'ai choisi de faire de l'hypnose pour moi-même, pour tout ce que cela m'a apporté personnellement et dans ma pratique quotidienne » (Mg 11)

« Ayant moi même été hypnotisé et ayant trouvé un bénéfice réel à cela j'ai souhaité me former à cette pratique pour l'utiliser dans activité professionnelle »(Mg 23)

Ou d'autres l'expliquent par simple « curiosité » (Mg 10)(Mg 18)

3.1.1.2.2 Sensibilisation

Les sensibilisations à l'hypnose ont été faites majoritairement par:

-**Curiosité personnelle** pour 16 médecins

-Connaissances ayant participé à des formations sur le sujet pour la moitié des médecins (11), soit par du « **bouche-à-oreilles** ».

-Et par des **lectures** pour 9 médecins.

Les autres formes de sensibilisations ont été l'enseignement à la faculté de médecine (2 Mg), les stages hospitaliers (2Mg), le DU douleur (1Mg) et une psychothérapie personnelle pour un autre médecin.

A noter qu'une personne s'est abstenue de répondre à cette question.

31% des praticiens avaient déjà entendu parler d'hypnose thérapeutique pendant leur cursus universitaire médical, **60% ont répondu n'en avoir pas entendu parler**, 1Mg ne s'en souvient pas et 1 n'a pas répondu à la question.

3.1.1.2.3 Intérêt d'une initiation universitaire

21 Mg sur 22 soit 95% ont dit qu'une initiation à l'hypnose au cours des études médicales leur semblerait intéressante

3.1.1.2.4 Formation initiale

3.1.1.2.4.1 Lieu et type de formation

	Nombre de Médecins généralistes formés
Formation initiale d'hypnose	
Diplôme universitaire en métropole	1
Diplôme universitaire à La Réunion	2
Formation d'hypnopraxie (Dr Chedeau) à La Réunion	17
Autres séminaires à La Réunion	1
Total général	**22**

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

D'après le tableau ci-dessus, on remarque que la majorité des médecins formés à l'hypnose l'ont été initialement grâce à la formation d'**hypnopraxie** du Dr Chedeau. **(77%)**
Un seul a été formé en métropole, et 2 par le diplôme universitaire naissant de La Réunion (ouvert en 2013)

3.1.1.2.4.2 Durée de formation
Les résultats de durée de formation initiale sont concordants avec le type de formation fait puisque la majorité a répondu qu'elle était comprise entre 15 et 30 jours, celle du Dr Chedeau étant de 25 jours.

3.1.1.2.5 Formation continue

21 médecins sur 22 disent continuer de se former, et parmi eux 80% le font grâce à des séminaires ou des congrès locaux et presqu'autant grâce à des lectures. A noter que 2 médecins assurent leur formation continue en métropole et un a stipulé se former « en interne » grâce « à des échanges avec les autres ».

3.1.1.3 Utilisation pratique de l'hypnose lors des consultations

3.1.1.3.1 Début de mise en pratique

Début d'utilisation	Nombre de Médecins	%
2 ans	1	4,00%
Entre 1 et 2 ans	3	14%
Entre 3 et 6 mois	3	14%
Entre 6 mois et un an	3	14%
Moins de 3 mois	9	40%
Ne l'utilise pas encore	3	14%
Total général	**22**	

Les médecins ont commencé rapidement à utiliser leurs connaissances en hypnose lors de leurs consultations puisque **40% ont mis moins de 3 mois**.

Cela dit, **3 médecins sur 22** soit 14% avouent **ne pas encore utiliser l'hypnose** dans leur pratique professionnelle.

3.1.1.3.2 Fréquence d'utilisation

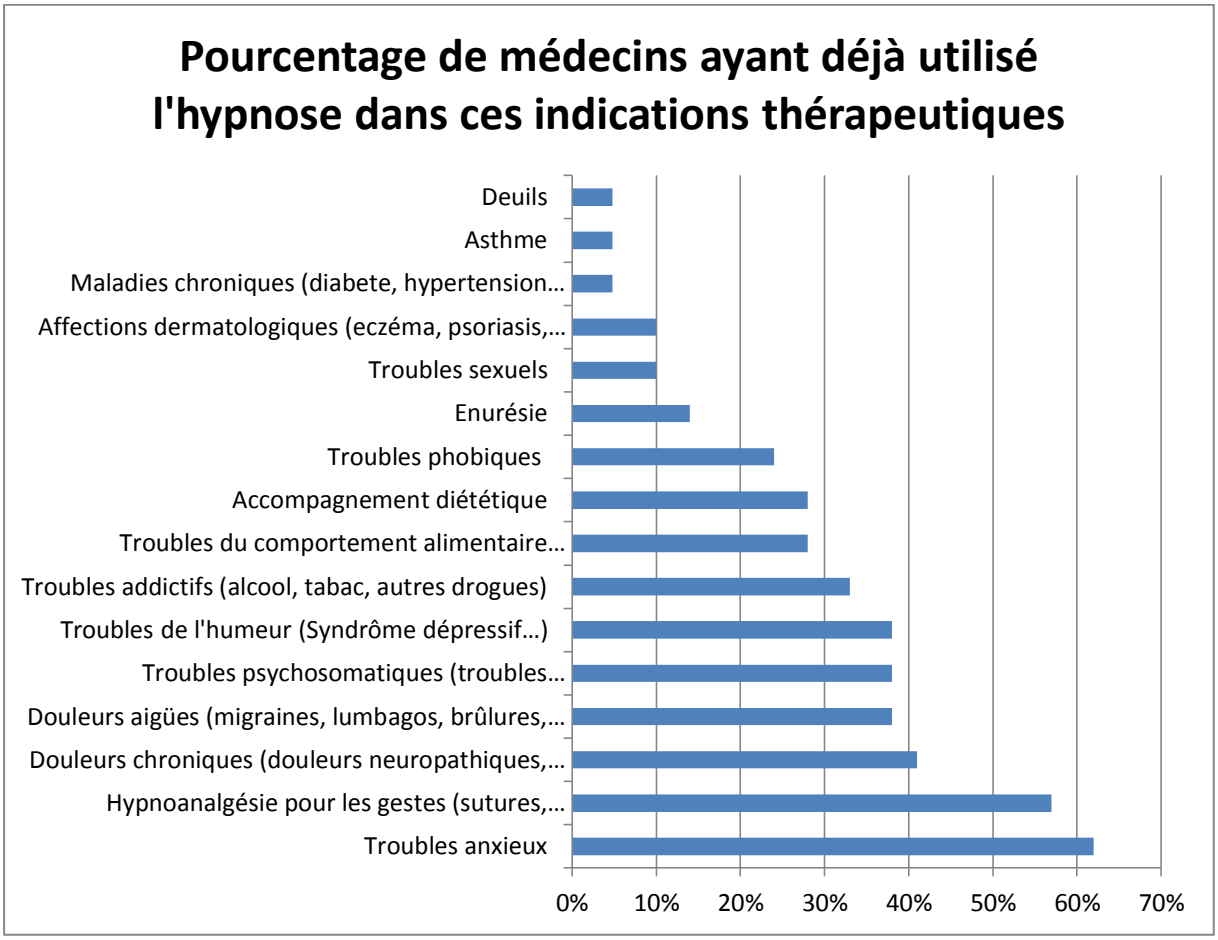
Exactement **la moitié** des médecins utilise des techniques d'hypnose de façon **quotidienne.**

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.1.1.3.3 Champs d'applications thérapeutiques

3.1.1.3.3.1 Indications thérapeutiques ciblées



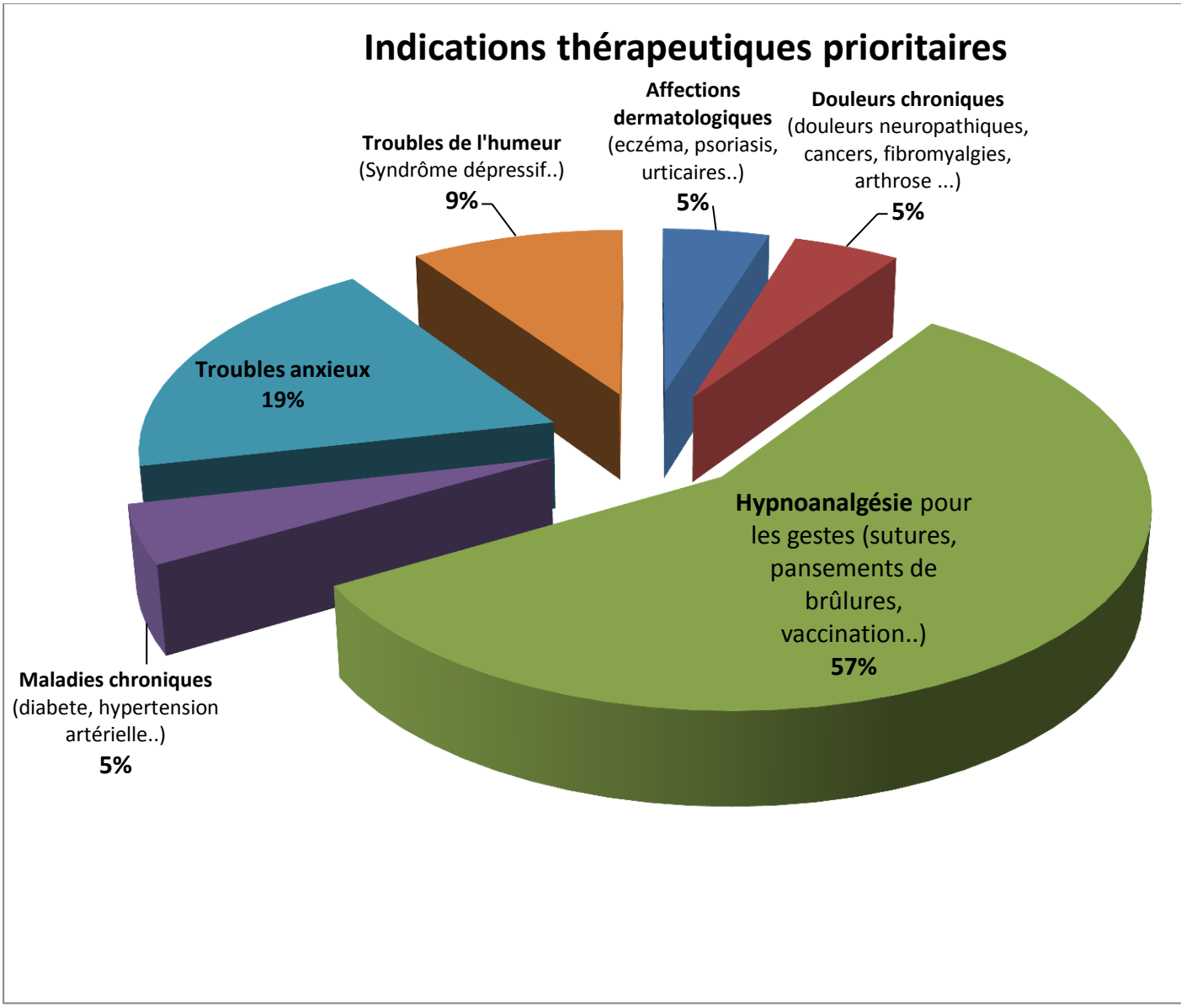
Les indications dans lesquelles les médecins généralistes ont **déjà** utilisé l'hypnose sont par fréquence de citation :
-Les **troubles anxieux** : 62% des médecins disent avoir utilisé l'approche hypnotique avec des patients souffrant d'anxiété.
-L'**hypnoanalgésie** pour les gestes (sutures, pansements de brûlures, vaccination..) a été citée par 12 des 21 médecins utilisant l'hypnose, soit 57%.
-Les **douleurs chroniques** (douleurs neuropathiques, cancers, fibromyalgies, arthrose, etc...) ont été citées par 9 des 21 médecins soit 41%.

Les autres indications thérapeutiques sont :
-Les douleurs aigües (migraines, lumbagos, brûlures, caries dentaires, etc..),
-les troubles psychosomatiques (troubles fonctionnels intestinaux, troubles du sommeil...) et -
-les troubles de l'humeur (syndrôme dépressif..) cités par 38%% des médecins.
-Les troubles de l'addiction (alcool, tabac, autres drogues) (33% des Mg)
-Les troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) et l'accompagnement diététique (28% des Mg)
-Les troubles phobiques (24%)
-L'énurésie (14%)
-Les affections dermatologiques (eczéma, psoriasis, urticaires..) et les troubles sexuels cités par 10% des Mg
-L'asthme
-La prise en charge des deuils

-Et les maladies chroniques, les 3 derniers n'ayant été cités qu'une fois chacun.

3.1.1.3.3.2 Indications thérapeutiques les plus fréquentes

C'est-à-dire l'indication thérapeutique la plus fréquente dans laquelle les médecins généralistes utilisent l'hypnose, celle où ils l'utilisent en priorité est :
-L'**hypnoanalgésie** pour les gestes (sutures, pansements de brûlures, vaccination..) qui représente presque **60% des indications prioritaires**.
-Puis viennent les **troubles anxieux** pour presque 20%
-et les **troubles de l'humeur** pour presque 10%.



dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.1.1.4 Ressentis du praticien

3.1.1.4.1 Satisfaction thérapeutique

Lorsqu'ils ont utilisé l'hypnose, les médecins généralistes se disent **tous satisfaits** des résultats obtenus, et 80% disent l'être « souvent ».

3.1.1.4.2 Prescription médicamenteuse concomitante

3.1.1.4.2.1 Diminution de prescription ressentie

Il est déjà arrivé à **71% des médecins interrogés** de constater une **diminution des prescriptions** médicamenteuses chez des patients avec qui ils avaient utilisé des techniques d'hypnose dont 40% à qui cela est arrivé « souvent ».

Mais 5 Mg n'ont pas su donner de réponse à cette question soit 24%.

3.1.1.4.2.2 Classes thérapeutiques en cause

Les classes médicamenteuses en cause sont en rapport avec les indications thérapeutiques dans lesquelles les médecins utilisent l'hypnose le plus fréquemment puisque l'on retrouve :
-Les antalgiques pour 8 médecins (sur 15 ayant constaté une diminution)
-Les anxiolytiques pour 7 médecins
-Et les antidépresseurs pour 4 médecins.

A noter également, une baisse concomitante de prescription des traitements « hypnotiques » (3Mg), les anti-inflammatoires locaux (3Mg), les anesthésiques locaux (2Mg), les antihypertenseurs (1Mg), les anti-diabétiques oraux (1Mg) et les traitements injectables (1Mg).

3.1.1.4.3 Modification de l'approche des patients

21 des 22 Mg interrogés soit **95% des Mg** ont répondu que leur formation à l'hypnose avait **modifié positivement leur approche des patients,** un seul n'était pas d'accord.

L'amélioration de cette approche est due principalement à :

- Un **meilleur accueil du patient**
- Et une approche **plus globale** pour 11Mg
- Une **augmentation du temps d'écoute**
- Et **moins d'interprétation** pour 10Mg
- On retrouve également une meilleure adhésion du patient pour 9Mg
- Moins de jugement pour 8Mg
- Un interrogatoire plus détaillé pour 5Mg

D'autres médecins ont cité :

- Une **position plus juste**
- Une relation de confiance renforcée
- Une **modification du discours** médical
- Et une meilleure communication

Le médecin qui a dit ne pas avoir trouvé que son approche au patient s'était modifiée positivement s'est justifiée en disant que « c'était devenu un complément thérapeutique dans une approche (qu'il) avait déjà ».

3.1.1.4.4 Apport professionnel de la formation en hypnose

3.1.1.4.4.1 Modification de l'image de médecin

Du fait de leur formation à l'hypnose**, 90%** des médecins ont une **modification positive de leur image de médecin** car leur travail leur semble **plus efficace** (cité 11 fois), plus **diversifié** (8Mg), plus **valorisé** (5Mg), plus reposant (4Mg), plus intéressant (2Mg) et plus enrichissant (1Mg).
Un médecin a précisé que malgré le fait que ce soit plus efficace, c'était aussi plus contraignant.

A noter que 2 Mg n'ont pas répondu à la question, et qu'aucun d'entre eux n'a coché les cases « plus difficile « ou « identique à avant »

3.1.1.4.4.2 Epanouissement professionnel
18 médecins sur 22, soit **82%,** estiment s'être épanouis professionnellement grâce à la pratique de l'hypnose.

2 médecins n'ont pas constaté d'épanouissement, un n'a pas répondu et un ne savait pas.

3.1.1.4.5 Apport personnel

Les apports de l'hypnose d'un point de vue plus personnel ont été laissés libres de leur contenu (question ouverte)
On remarque des intérêts personnels qui se rejoignent :

3.1.1.4.5.1 Une meilleure connaissance de soi
Après leur formation à l'hypnose, il semble que certains médecins aient découvert plus de choses sur eux-mêmes en termes de **développement personnel** :

Pour le Mg 6, cela lui a apporté « énormément, et plus que toute autre démarche personnelle entreprise auparavant »(Mg 6), pour le Mg 16 cela a abouti à une « **remise en question** personnelle, un gain en **maturité** (…)et de l' **humilité** », et pour le Mg 21 cela lui a apporté « énormément ! Développement personnel +++ »

Le Mg 13 parle également de « meilleure connaissance de moi-même » et le Mg 14 de « **meilleure présence à moi et aux autres** ».

Ou bien leur formation leur a donné envie de se faire accompagner à leur tour en hypnose, et de devenir patient comme le dit le Mg 12 : « Suite à la formation d'hypnose, j'ai ressenti le besoin de me faire suivre moi-même par un psychothérapeute formé à l'hypnose. J'ai énormément appris sur moi-même ».

3.1.1.4.5.2 Une relation tournée vers l'autre
Il ressort des réponses de plusieurs médecins un changement dans leur relation à l'autre dans leur vie personnelle avec « plus d'écoute et d'**empathie** » comme le dit le Mg 4. Il détaille en expliquant que l'hypnose lui a permis de « regarder mieux les personnes quand elles parlent,

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

écouter aussi bien le non verbal et le gestuel accompagnant un discours » et d'avoir « moins d'interprétation, dans la mesure du possible ».
Le Mg 13 parle également de « **meilleure écoute** » et ajoute « une **meilleure compréhension** de manière générale ».
Pour le Mg 12 cela l'a amené à « une plus grande empathie pour l'autre, sans jugement avec un espoir de mieux aider l'autre » et « une meilleure compréhension des difficultés des relations humaines ».

Le médecin ainsi plus allocentré opère des changements dans son comportement comme le dit le Mg 6 qui se trouve « moins impulsif, plus empathique » et qui a « un autre regard sur la relation aux autres », ainsi que le Mg 17 qui constate une « modification du mode de communication ».

Et enfin, comme le dit si bien le Mg 12, cela lui a permis d'accepter que « **chaque être est un monde ».**

3.1.1.4.5.3 Une prise de recul générale
La formation à l'hypnose a permis une « prise de recul de manière générale pour les Mg 2 et 16 et « plus de recul sur la valeur des discours » pour le Mg 4, et un « regard différent sur beaucoup de choses » pour le Mg 18.
Cette distanciation est utile dans la mesure où elle permet de s'extraire de situations complexes ou d'envisager plus d'ouvertures comme le dit le Mg 19 : c'est une « possibilité de pouvoir prendre plus de distance et de ne pas rester bloqué dans une situation difficile ».

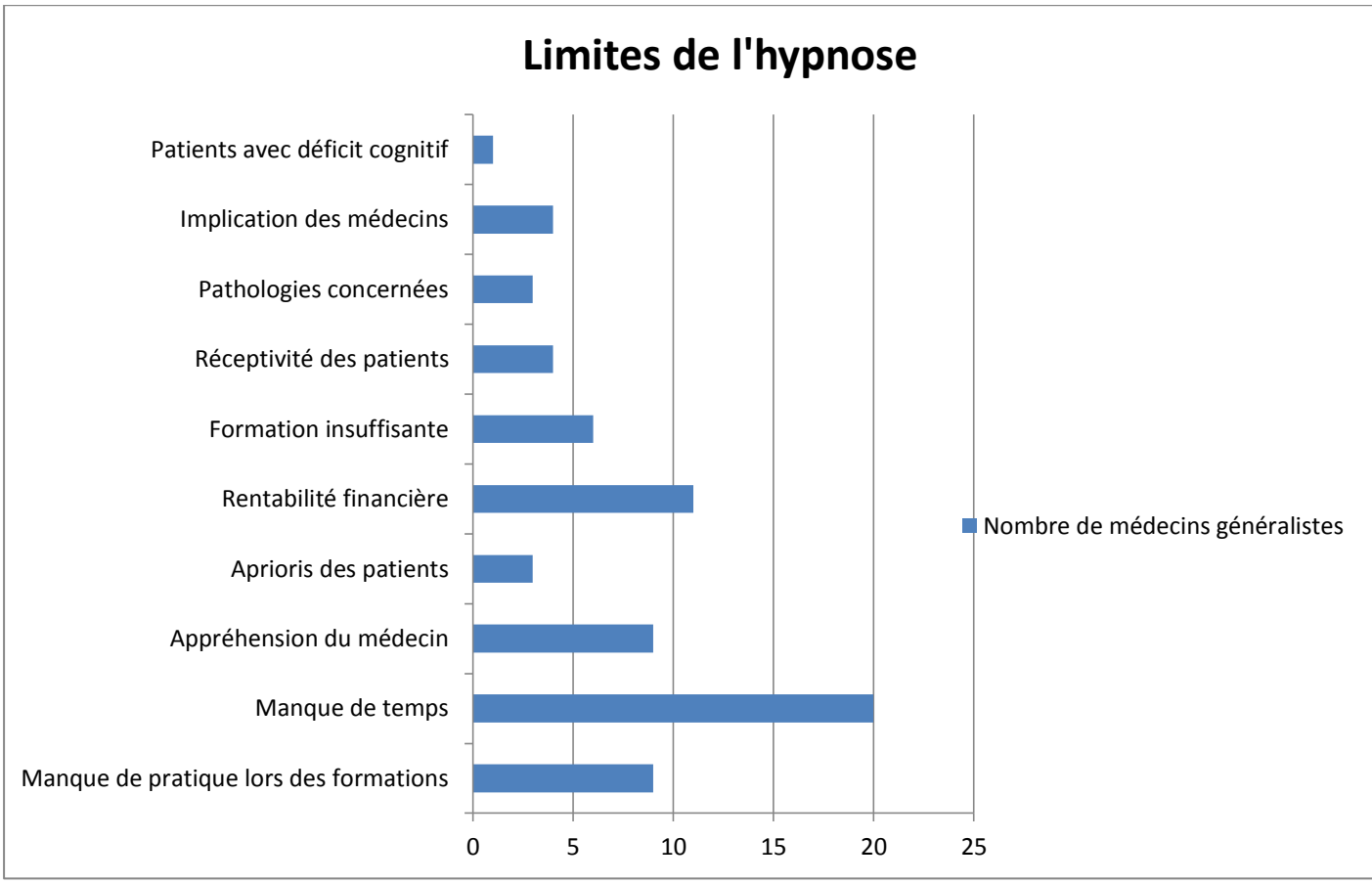
3.1.1.4.5.4 De la sérénité et une meilleure gestion du stress
Une « **diminution du stress** » a été constatée par les Mg 2 et 21
Cela a apporté au Mg 16 de mieux « comprendre les émotions et les ressentis, une certaine **sérénité** », « **moins de fatigue** pour le Mg 21 et la « **découverte de l'instant présent** » pour le Mg 13.

Les Mg 3 et 14 ne savent pas ce que cela leur apporté personnellement, et un médecin sur 22 n'a pas souhaité répondre à la question.

3.1.1.4.5.5 Difficulté d'exercice
Malgré les apports personnels positifs cités par le Mg 12, celui-ci ajoute que la formation à l'hypnose l'a également amené à « une prise de conscience de la difficulté d'exercer la médecine de manière optimale pour le patient tout en restant rentable pour le médecin » et a ainsi pointé du doigt le « **stress supplémentaire quant à la manière d'organiser le timing de consultation »**

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.1.1.5 Limites à l'utilisation de l'hypnose en médecine générale



3.1.1.5.1 Le manque de temps

Le manque de temps fait **presque l'unanimité** car il est cité par 91% des médecins généralistes interrogés comme étant une limite à l'utilisation de l'hypnose en médecine générale, car comme le rappelle le Mg 3 c'est une « consultation longue » qui lui semble « impossible à faire sans prise de rendez-vous ».
Le Mg 12 lui parle de « stress supplémentaire quant à la manière d'organiser le timing de consultation »

3.1.1.5.2 La rentabilité financière

Elle représente une limite pour **la moitié** des Mg.
Le Mg 3 a également commenté en disant qu'à son avis c'était une pratique « impossible en secteur 1 »
Le Mg 12 est d'accord puisqu'il raconte sa « prise de conscience de la difficulté d'exercer la médecine de manière optimale pour le patient tout en restant rentable pour le médecin »

3.1.1.5.3 Le manque de pratique lors des formations

Concerne **45%** des Mg interrogés, ce qui est probablement à mettre en rapport avec le début de leur utilisation de l'hypnose un peu tardif par rapport à la fin de la formation initiale.

3.1.1.5.4 L'appréhension du praticien

L'appréhension à se lancer dans la pratique de l'hypnose alors que l'on y est formé concerne également 45% des Mg

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.1.1.5.5 L'insuffisance de la formation

Celle-ci est mentionnée par 27% des Mg.
Puis sont mis en cause la **réceptivité des patients** et **l'implication des médecins** pour 4Mg, les **pathologies concernées** par l'utilisation de l'hypnose, et les **aprioris des patients** c'est-à-dire leurs représentations (pour 3Mg) et enfin la difficulté d'utilisation avec des patients souffrant de déficit cognitif citée par un seul Mg.

Dans les commentaires libres, le Mg 3 a mis en exergue la difficulté intrinsèque à la consultation d'hypnose qui est selon lui assez « lourde » car en plus d'être longue, elle nécessite un « **effort de parole et de la concentration ».**

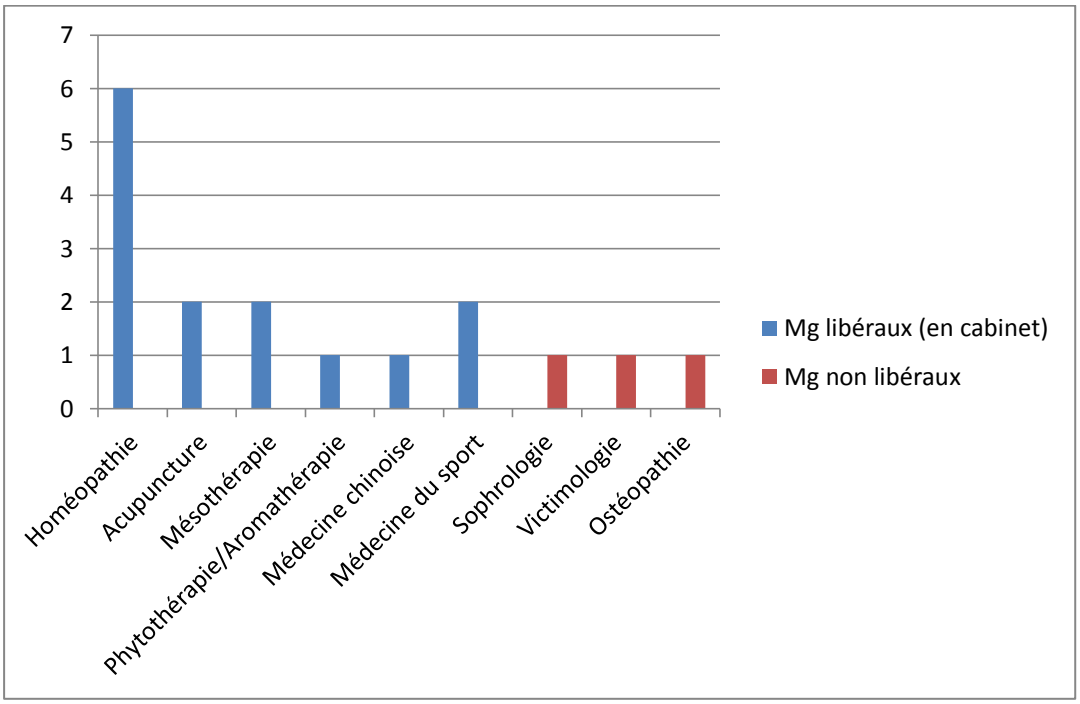
3.1.1.6 Focus sur les médecins généralistes en cabinet

3.1.1.6.1 Caractéristiques personnelles

On ne note **pas de différence** significative entre les deux sous-groupes de médecins (les 13 installés en cabinet libéral et les 9 exerçant dans d'autres structures de santé) en termes d'âge qui reste de **43 ans** et en termes de répartition de sexe (**78% de femmes**)

3.1.1.6.2 Modes d'exercices complémentaires

Concernant les modes d'exercices complémentaires, on remarque que les médecins généralistes en cabinet en pratiquent beaucoup plus et que ceux-ci sont bien distincts de ceux utilisés par les Mg travaillant dans d'autres établissements de santé privés ou publics.
On note une nette prédominance de l'**homéopathie** : 6 des 13 Mg en cabinet la pratiquent, soit **46%.**
Ils sont également formés à l'acupuncture, la mésothérapie et la médecine du sport principalement.
Par contre la victimologie, l'ostéopathie et la sophrologie, bien que faiblement représentées, ne sont utilisées que par des Mg non libéraux.



dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.1.1.6.3 Début d'utilisation de l'hypnose

Au niveau du **début d'utilisation** de l'hypnose, on note une nette différence chez les généralistes installés en cabinet : alors que **la totalité des Mg non libéraux a commencé à mettre en pratique l'hypnose dans les 6 mois** suivant leur formation, **plus de la moitié** des Mg libéraux ont mis **plus d'un an** dont 23% qui disent ne pas avoir encore commencé à l'utiliser dans leur pratique.

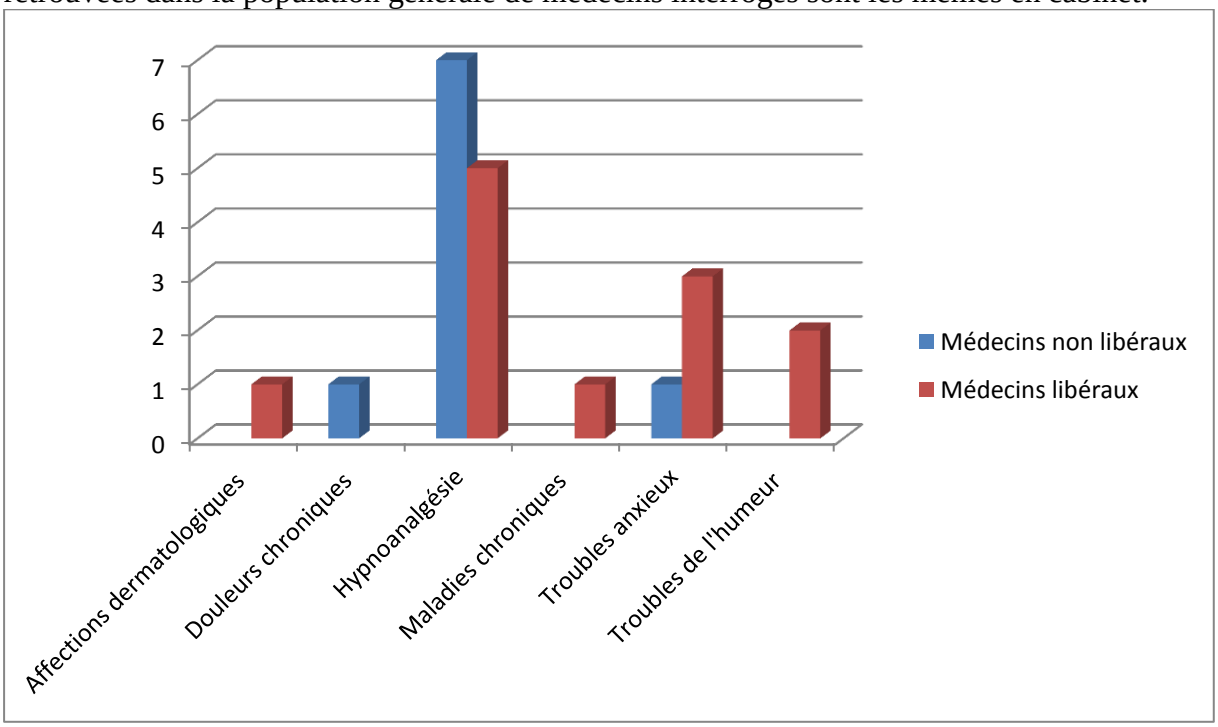
3.1.1.6.4 Aménagements

Les médecins généralistes libéraux ont plus souvent un **temps dédié** spécifiquement à l'hypnose dans la semaine comparés aux non libéraux **(46%** versus 11%)

62% des libéraux ont réalisé des **aménagements** (plages horaires spécifiques, mise en place de consultations sur RDV, allongements de temps de consultation, deuxième salle, nouveaux matériels tels que fauteuils, canapés...) afin de pouvoir pratiquer l'hypnose lors de leurs consultations alors que seulement 11% des non libéraux l'ont fait.

3.1.1.6.5 Applications thérapeutiques

En terme d' indications thérapeutiques où les généralistes en cabinet utilisent l'hypnose, on peut remarquer qu'ils sont **les seuls** à l'utiliser dans le cadre des pathologies **dermatologiques**, des **maladies chroniques** et de **troubles de l'humeur**, et qu'ils **l'utilisent deux fois plus que les non-libéraux pour les troubles anxieux** (25% versus 11%).
Ils utilisent moins l'hypnose par contre en hypnoanalgésie (42% versus 77%). Malgré ces quelques différences inhérentes à leur domaine d'activité, les trois indications prioritaires retrouvées dans la population générale de médecins interrogés sont les mêmes en cabinet.

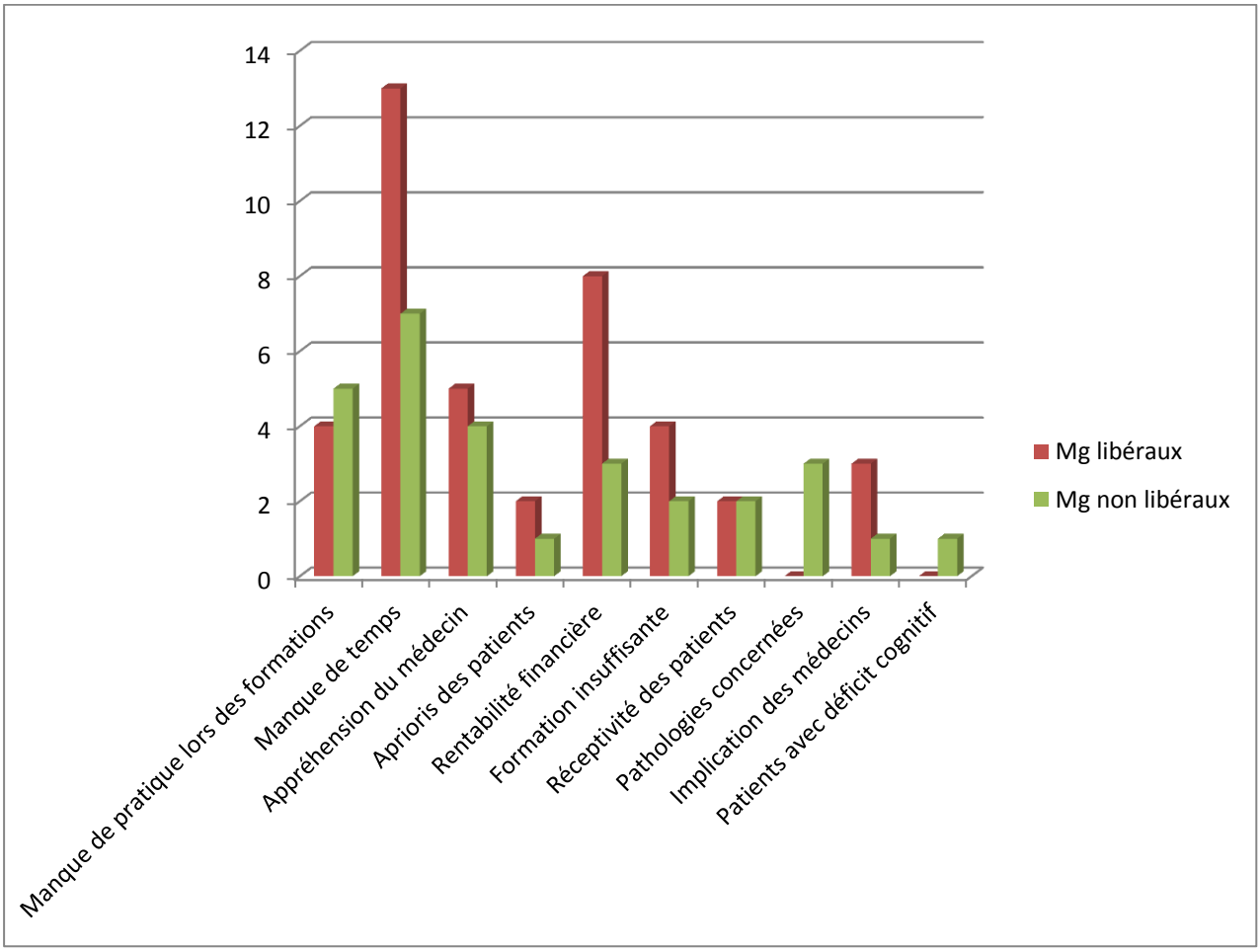


3.1.1.6.6 Limites de l'hypnose en cabinet

On remarque que les médecins généralistes en cabinet trouvent plus d'inconvénients à utiliser l'hypnose lors de leurs consultations que les non-libéraux, notamment ils sont **unanimes sur le manque de temps** (versus 78% dans l'autre sous-groupe des non-libéraux), et sont d'accords à 62% pour la rentabilité financière (versus 33%).

L'autre différence est qu'ils n'ont pas mentionné les pathologies concernées comme étant un facteur limitant alors qu'un tiers des non-libéraux le pense. Les **indications thérapeutiques** en cause semblent donc être **concordantes** avec ce que les médecins généralistes en cabinet sont habitués à rencontrer dans leur pratique.

Le manque de pratique lors des formations les gêne moins également (31% versus 56 %), mais cela est peut-être à rapprocher au fait qu'ils ne commencent à utiliser l'hypnose que plus longtemps après le début de leur formation initiale.



3.1.1.7 Conclusion : Ressenti général de l'hypnose en médecine générale

La question ouverte du ressenti général quant à l'utilisation de l'hypnose, en médecine générale particulièrement, a apporté des réponses majoritairement très **enthousiastes** : c'est « Que du bon » pour le Mg 1 , « super génial !!! » pour le Mg 5 , « j'adore ! » dit le Mg 20 et idem pour le Mg 18 à qui il « semble difficile de ne plus l'utiliser vu les résultats positifs ».
Le Mg 22 va plus loin dans ses propos en disant que l'hypnose « **devrait faire partie des boîtes à outils de tous les médecins** généralistes ou non, des dentistes ou des sages-femmes et des infirmières ».

3.1.1.7.1 Outil efficace

L'hypnose s'avère pour beaucoup être un outil thérapeutique efficace sur plusieurs points :

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.1.1.7.1.1 Pour le patient

-Selon les médecins interrogés, l'hypnose présente une « meilleure efficacité thérapeutique» (Mg 21) dans plusieurs domaines : dans les « **dépendances, douleurs, névroses** » selon le Mg 12, dans « les **troubles anxieux, phobiques et les deuils** » selon le Mg 22 et « dans la prévention de la douleur pour les gestes » selon le Mg 19.

-C'est aussi un outil pour « **diminuer la prescription** d'antalgique ou d'anxiolytique » (Mg 16), voire même de la supprimer car l'hypnose médicale est « peut être plus efficace que les antalgiques » selon le Mg 4.

-Cela permet au patient de se sentir **moins stressé** selon le Mg 14.

-Et cela rend le patient plus actif comme le mentionne le Mg 13 qui dit que c'est une « **méthode respectueuse** envers le patient et une **aide pour le rendre acteur** ».

3.1.1.7.1.2 Pour le médecin

-C'est un « outil supplémentaire et **utile dans la pratique de tous les jours** » selon le Mg 10

-Cela permet au soignant de se sentir moins stressé comme le dit le Mg 11 : « C'est efficace aussi dans la gestion du stress en tant que praticien, je me laisse parfois 5 minutes après une consultation difficile pour me **détendre** ».

-Il rajoute également que cela « donne aussi un cadre aux consultations longues pour **ne pas se laisser trop envahir.** »

-Pour le Mg 20, c'est une question de cohérence : « Je me sens plus **en cohérence avec mes valeurs** en pratiquant l'hypnose médicale. »

-Le Mg 15 rappelle qu'étant un outil, l'hypnose ne doit pas être utilisée systématiquement, mais doit être **adaptée à chaque patient**, et à chaque contexte : « Il ne faut pas en abuser, mais plutôt trouver le bon moment, le bon patient, ne pas généraliser la pratique de l'hypnose à tous les patients, cela est un outil, donc à essayer ».

3.1.1.7.2 Intégration corps /esprit

-L'approche hypnotique permet d'aborder le patient sur plusieurs plans, organique et psychologique et d'en avoir ainsi une « approche plus globale » selon le Mg 7. Pour le Mg 6, l'hypnose en médecine **générale révèle « l''évidence de la globalité de l'être humain, le corps et l'esprit, facilement oubliés.** »

-Cela « permet aussi de **décrypter** à travers le discours du patient, **certains problèmes connus ou refoulés** ». (Mg 16)

3.1.1.7.3 Intérêt pour le médecin généraliste au cœur de la chronicité

Un des avantages des médecins généralistes est de suivre les patients régulièrement et notamment pour des pathologies ou des problématiques chroniques.
L'intérêt tout particulier de l'hypnose en médecine générale selon le Mg 13 est qu'elle « peut permettre de **désamorcer des situations avant qu'elles ne se chronicisent plus**. »

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.1.1.7.4 Le médecin généraliste au cœur d'une relation de confiance

-Pour le Mg 11, l'hypnose « en médecine générale (…) est très efficace dans la relation médecin malade, dans l'adhésion du traitement, dans **la confiance** que l'on crée avec le patient **quand il se sent "compris**" ».

-Pour le Mg 4, c'est un « intérêt très important pour les médecins généralistes car ce sont eux qui sont au coeur d'une relation de confiance,(en tant que**) médecins de famille. »**

-Pour le Mg 22, cela permet une « modification profonde du discours médical avec **élimination des expressions toxiques** (ne vous inquiétez pas ou ça fait pas mal) et des phrases négatives. »

-Il remarque également une « **implication plus importante du patient** dans les soins », ce qui a pour conséquence d'améliorer la relation de confiance instaurée et donc d'entrainer une « meilleure adhésion du patient » (Mg 7).

3.1.1.7.5 Amélioration de la relation plus que du symptôme

-La notion d'amélioration relationnelle est celle qui revient le plus fréquemment dans les réponses des praticiens :
Cela « améliore la **relation d'écoute** du médecin envers son malade. »(Mg 12), la « qualité de la relation, avec une plus grande écoute, une **plus grande capacité à accueillir les émotions** » (Mg 17), c'est une « méthode qui permet d'optimiser la relation médecin/patient » (Mg 16).
Pour le Mg 9, c'est une « bien meilleure approche et une compréhension du patient et de sa demande », il parle de renforcement de l' « **entente** thérapeutique » quand le Mg 21 la nomme plutôt « **alliance thérapeutique** » et le Mg 7 insiste plus sur la notion d'**« investissement du médecin** dans la relation »
Avec une touche d'humour, le Mg 22 explique que ce « relationnel plus intense » lui donne ainsi **« moins l'impression d'être un ordonnancier**. »

-Mais ce qui est primordial comme le dit bien le Mg 15, c'est que c'est une « amélioration de la relation médecin/patient **en elle-même**, **avant l'amélioration des symptômes** », c'est-à-dire que l'aspect relationnel soignant-soigné est plus important que l'efficacité thérapeutique ressentie, du moins qu'elle suffit à justifier la pertinence de l'utilisation de l'hypnose en médecine générale.

Et enfin, comme le mentionne le Mg 4, un des ressentis concernant l'hypnose médicale est que c'est un « outil thérapeutique **trop peu valorisé en médecine générale. »**

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.2 Etude de satisfaction des patients

3.2.1 Caractéristiques de la population étudiée

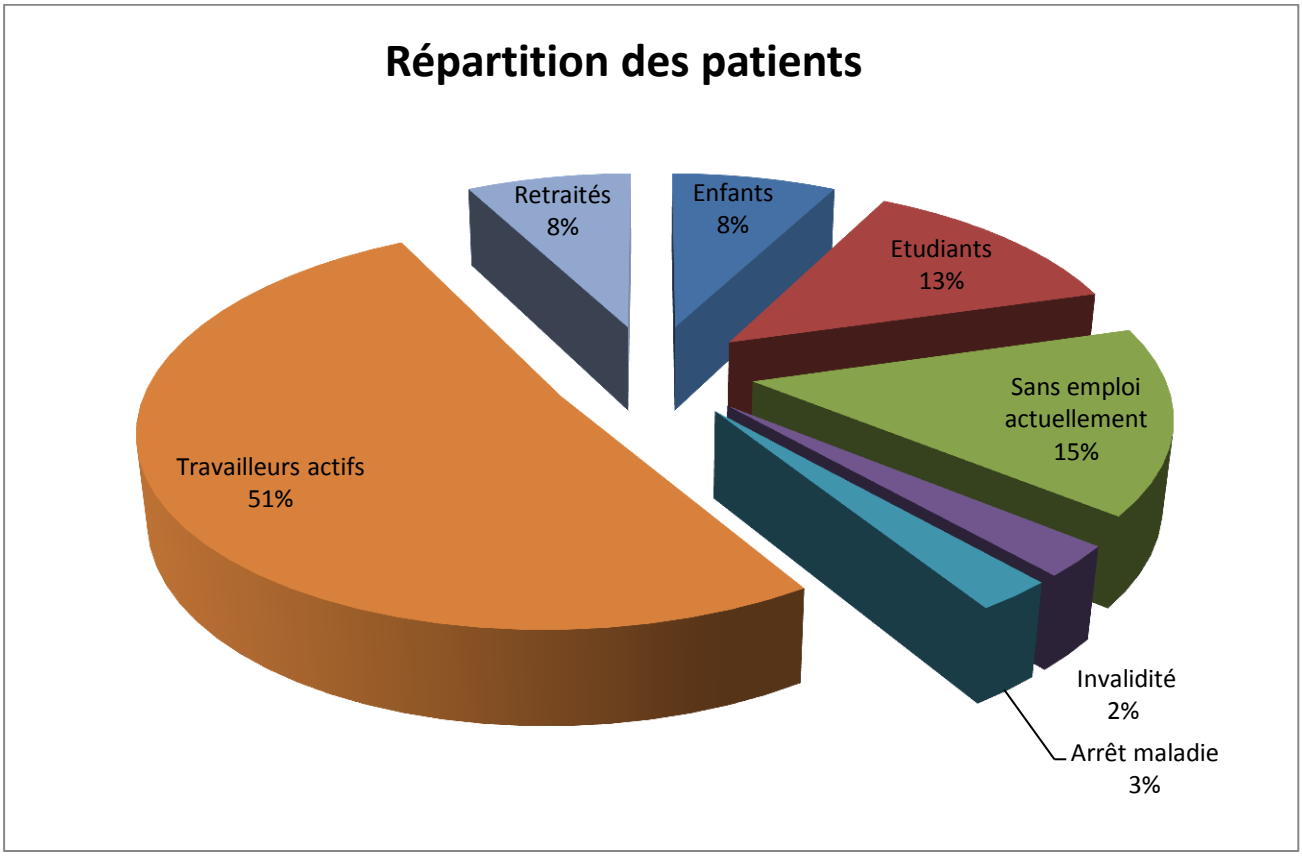
3.2.1.1 Age

L'âge moyen des patients est de **39 ans** avec un écart type à 17, et des âges extrêmes allant de **7 à 79 ans**. La population des patients est donc assez **hétérogène** avec des âges moyens étalés entre 22 ans et 56 ans.(39+/- 17)

3.2.1.2 Sexe

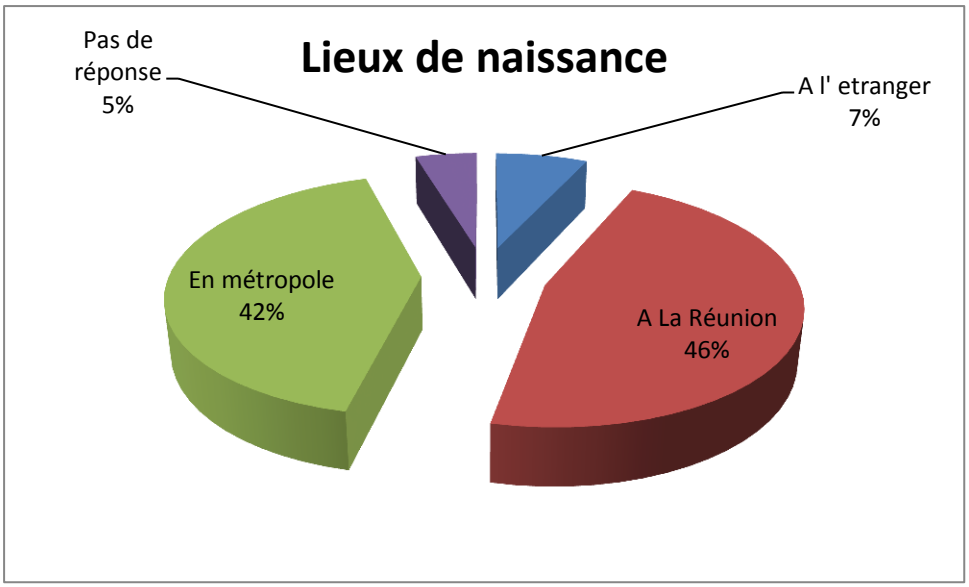
On note également chez les patients une prédominance féminine, quoiqu'un peu moins importante que chez les médecins : car **67%** des patients interrogés sont des **femmes.**

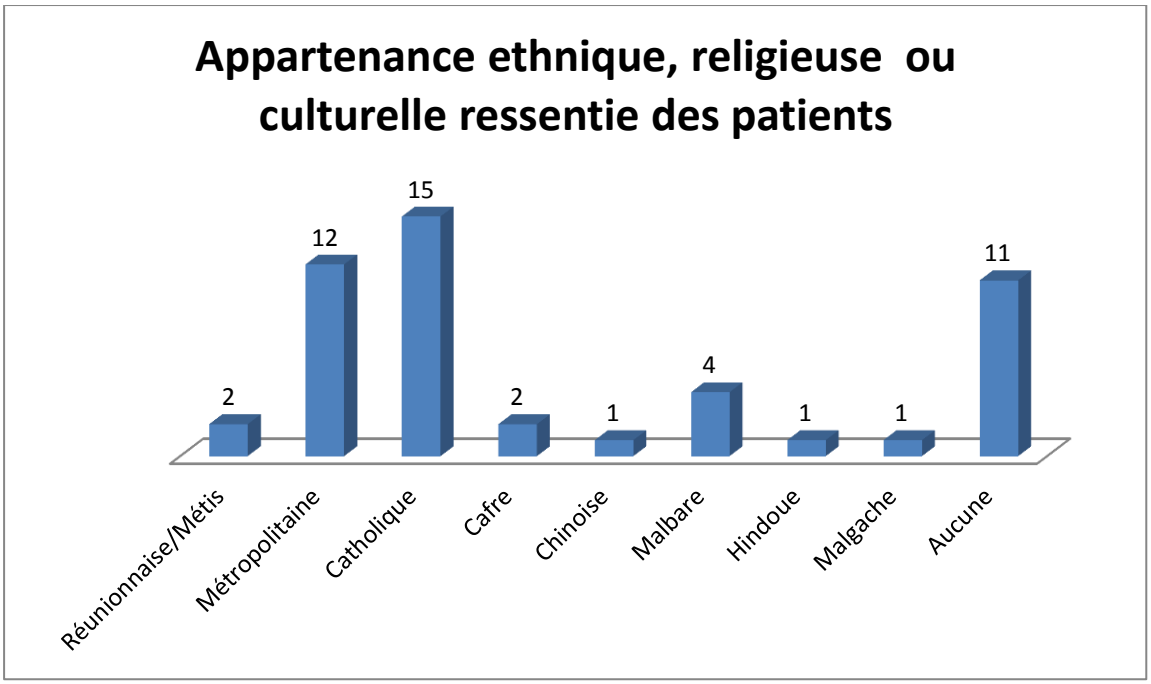
3.2.1.3 Activité professionnelle



La moitié des patients qui ont répondu à la question sont des **travailleurs actifs**, 6 personnes sont sans emploi et 2 n'ont également pas d'activité professionnelle actuellement pour des raisons de santé (arrêt maladie et invalidité), 3 sont retraitées, on note également que 5 patients sont étudiants et 3 ont moins de 13 ans.
Cela dit, une personne a stipulé qu'elle ne voulait pas répondre à la question et 3 autres n'ont pas répondu.

3.2.1.4 Appartenance ethnique ou religieuse ressentie



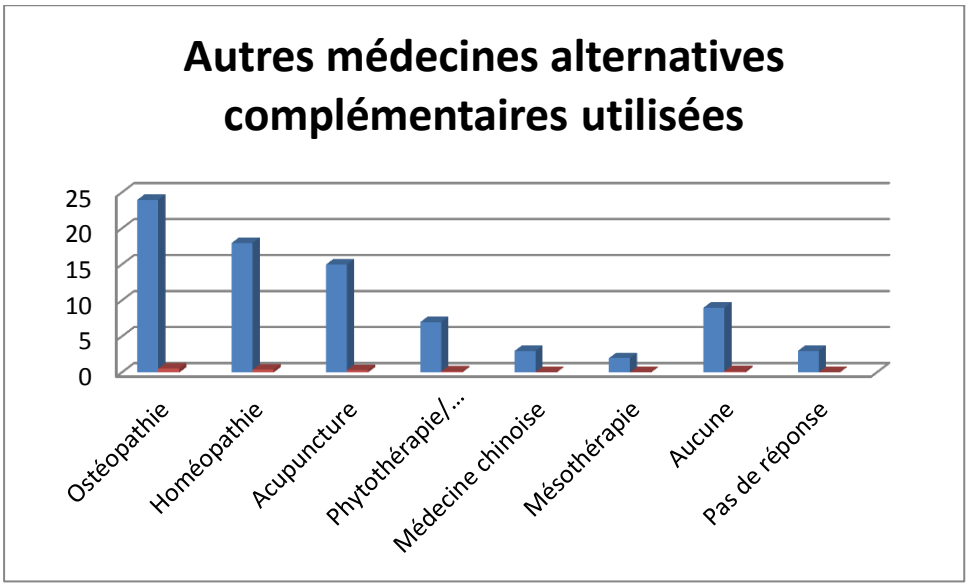


La majorité des patients sont originaires de La Réunion (46%), ou sont nés en métropole (42%), 3 patients sont nés à l'étranger et 2 n'ont pas répondu à la question.

35% des patients interrogés se disent être catholiques.
25% des patients interrogés ne considèrent pas avoir d'appartenance particulière.

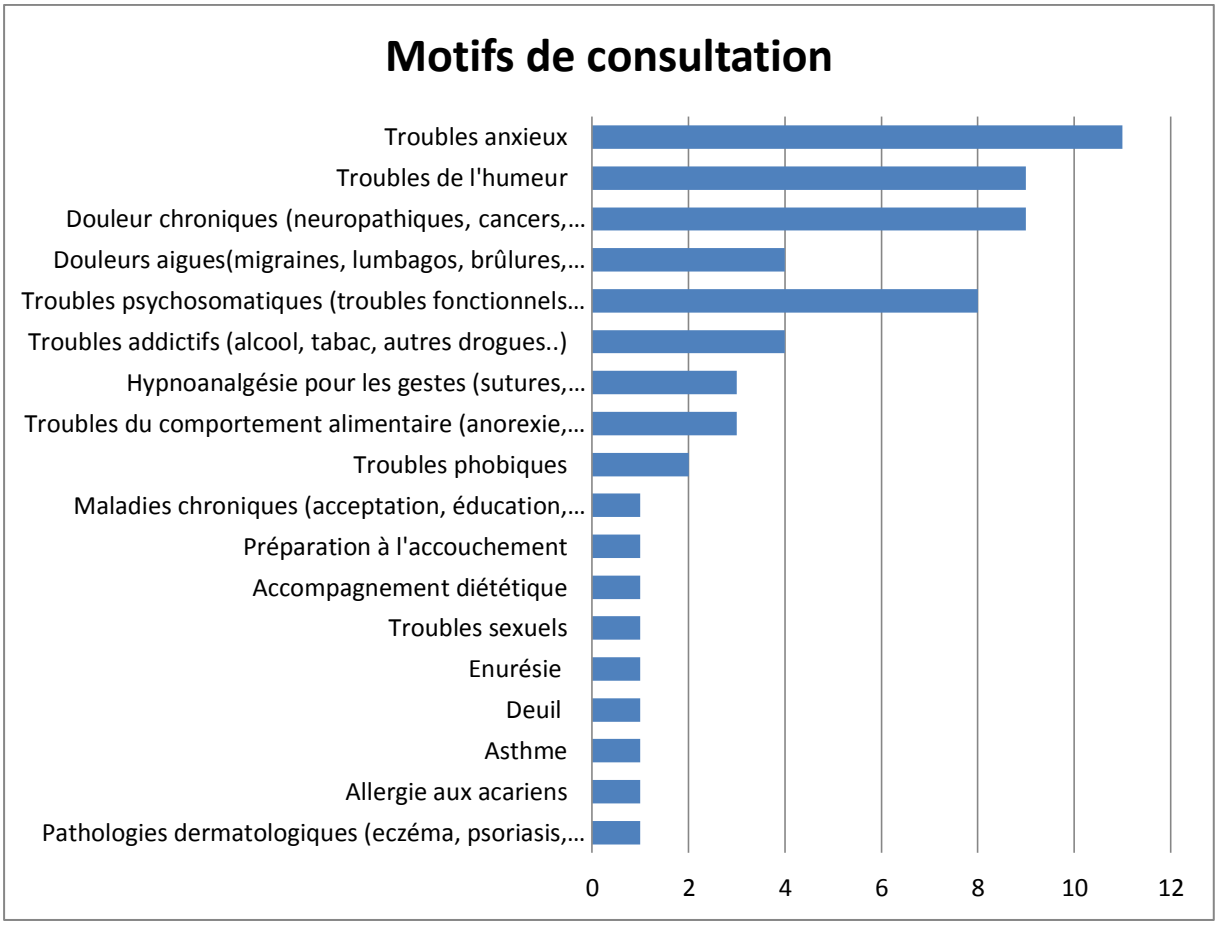
dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.2.1.5 Recours aux autres médecines complémentaires



56% des personnes ayant eu recours à l'hypnose avec leur médecin généraliste ont déjà eu recours à l'**ostéopathie** pour des problématiques de santé.
42% ont déjà pris de l'**homéopathie**, et **35%** ont eu recours à l'**acupuncture**.
Cependant, 20% des patients n'ont jamais eu recours à d'autres médecines complémentaires.

3.2.2 Motifs de consultations



dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.2.2.1 Indications thérapeutiques

Les **troubles anxieux** représentent l'indication thérapeutique la plus fréquemment citée par les patients : **25%** d'entre eux ont eu recours à l'hypnose pour ce motif.

9 patients sur 42 ont cité les **troubles de l'humeur** soit **21%** dont un qui a détaillé en disant que c'était pour une dépression aigüe. A cela, on pourrait rajouter le motif du deuil cité par un patient supplémentaire qui a parlé de la «gestion de problèmes psychologiques dus au décès d'un parent »

Les **douleurs chroniques** concernent **21%** des patients également

Les **troubles psychosomatiques** ont été cités par 8 patients ce qui représente aussi **presque 20%** : dans ce groupe, il est à noter que 2 patients ont consulté pour le syndrôme des ecchymoses douloureuses et un a parlé de troubles du sommeil, les autres n'ont pas précisé plus en détails.

Ensuite viennent les troubles de l'addiction (9%) dont le sevrage tabagique a été mentionné, et les douleurs aigües (9% également)

On remarque que si l'on regroupe tous les types de **DOULEURS** : **chroniques, aigües et provoquées** par des soins (de suture, de vaccination, de pansements) cela concerne 16 patients soit **37%, ce qui en fait l'indication thérapeutique où l'hypnose est la plus usitée.**

Les autres motifs de consultation cités sont l'asthme, les affections dermatologiques, les troubles de la sexualité, l'énurésie chez l'enfant, l'accompagnement diététique, les maladies chroniques, les allergies aux acariens et la préparation à l'accouchement (qui peut être à rapprocher de la gestion de l'anxiété).

3.2.2.2 Thérapeutiques antérieures

60% des patients avaient déjà essayé **d'autres moyens thérapeutiques** avant d'avoir recours à l'hypnose pour ce type de motif de consultation.

Ces traitements antérieurs étaient :

-En premier lieu une **psychothérapie** (consultations psychologue, psychiatre..) , citée par 58% des patients ayant répondu oui au recours à d'autres moyens thérapeutiques par le passé.
-Des médicaments **allopathiques** (habituels) cités par un patient sur 2
-Ainsi que des **thérapeutiques manuelles** (kinésithérapie, ostéopathie, chiropracteurs..) cités aussi par 50% des patients.
-Des traitements **homéopathiques** pour 46% des personnes
-Et enfin 15% ont mentionné des thérapeutiques culturelles ou familiales (herbages...)

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

3.2.2.3 Recours à des médecines alternatives complémentaires

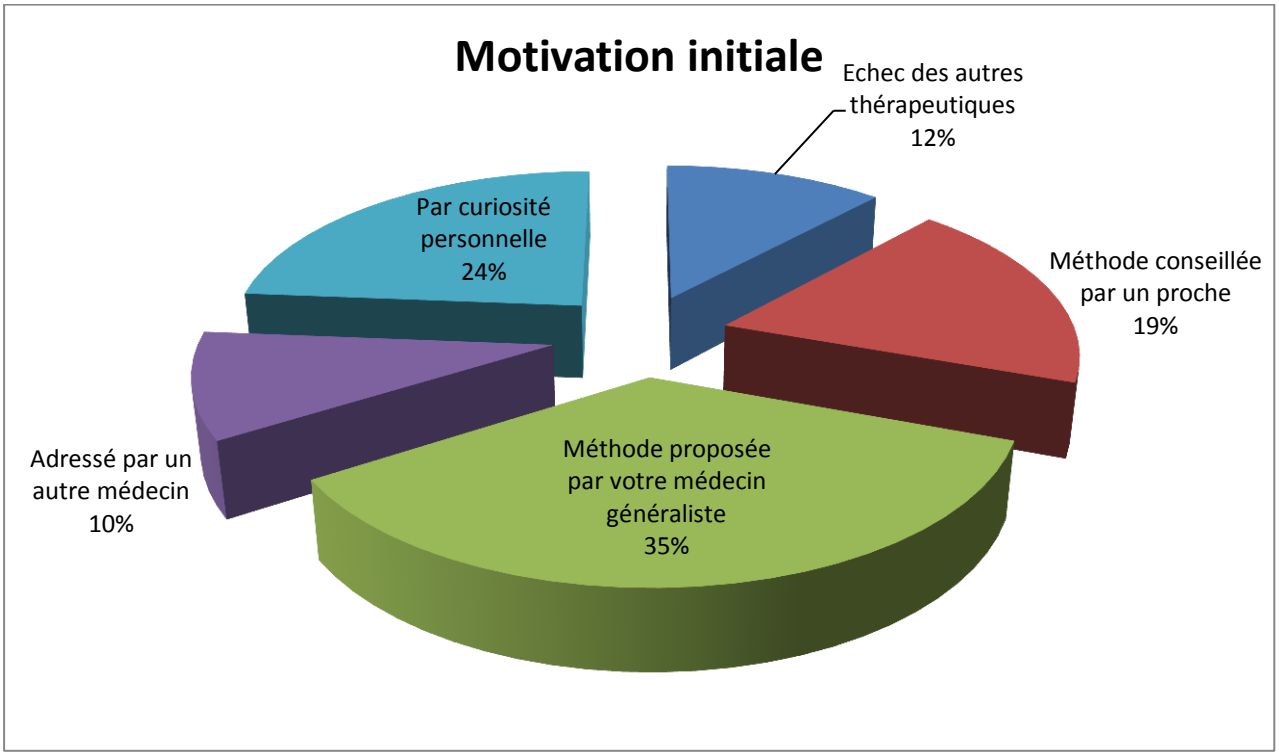
60% des patients disent avoir déjà eu recours à de l'ostéopathie ou une thérapie manuelle kinesthésique, et presque la moitié des patient ont déjà été soignés par homéopathie, presque 40% par acupuncture.
Presque ¼ des patients n'ont utilisé que l'hypnose comme médecine alternative complémentaire

Médecine alternative complémentaires	Nombre de patients	%
Médecine manuelle / Ostéopathie	24	60%
Mésothérapie	3	8%
Homéopathie	19	48%
Acupuncture	15	38%
Phytothérapie/ Aromathérapie	6	15%
Médecine chinoise	3	8%
Non, aucune	9	23%

3.2.2.4 Fréquence d'utilisation de l'hypnose

Pour 1/3 des patients interrogés, c'était la **première fois** qu'un médecin généraliste utilisait l'outil hypnotique avec lui
Dans presque 20% des cas, ils avaient eu recours à l'hypnose plus de 5 fois.
Presque la moitié y a eu recours entre 2 et 5 fois, ce qui correspond bien avec la définition de thérapie brève.

3.2.3 Pourquoi l'hypnose ?



La **motivation initiale** des patients pour avoir recours à l'hypnose est principalement du fait d'un **conseil médical** : la technique leur a été conseillée par le médecin généraliste dans 35% des cas et ils ont été adressés par un autre médecin dans 10% des cas.

Presqu'un quart des patients a essayé par curiosité personnelle et presque 1/5 car ils ont été conseillés par un proche. Dans seulement 12% des cas, cette orientation était due à l'échec des autres moyens thérapeutiques mis en œuvre dans ces indications.

3.2.4 Ressentis du patient

3.2.4.1 Efficacité thérapeutique

3.2.4.1.1 Amélioration du symptôme

77% des patients ont dit qu'ils avaient ressenti une amélioration de leur symptôme, et 6 patients ont avoué ne pas savoir s'il y en avait eu ou pas.
2 patients n'ont pas reconnu d'efficacité thérapeutique et n'ont pas ressenti d'amélioration.

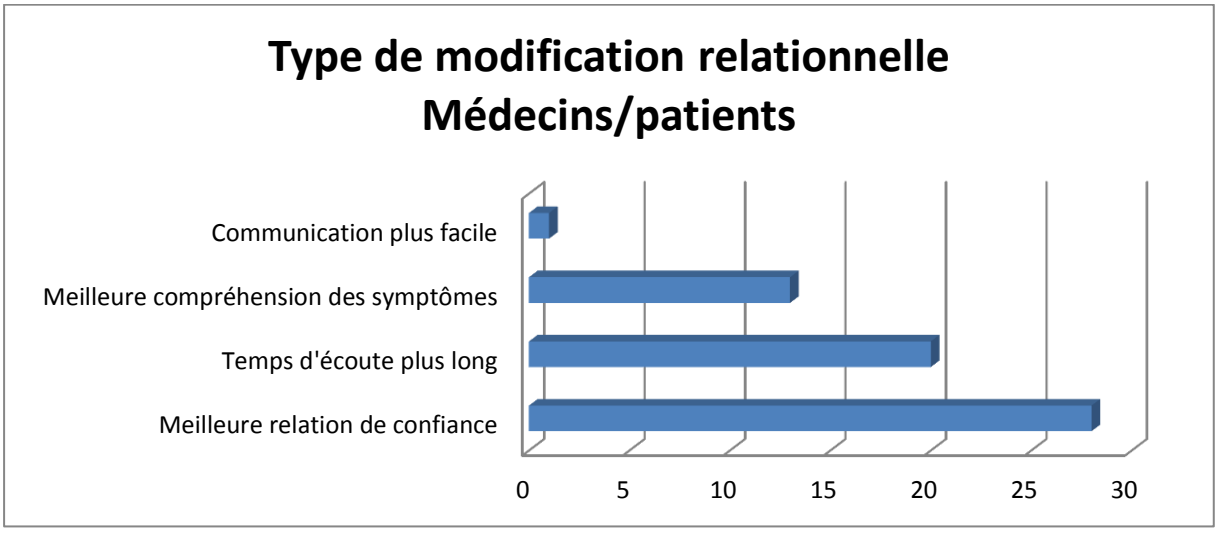
3.2.4.1.2 Début d'action

Pour 7 patients (soit 16%), l'amélioration a commencé à se faire ressentir pendant la première séance d'hypnose dont un a précisé que cela avait diminué « l'angoisse liée au geste », pour 11 patients (soit 26%) ce fut le cas immédiatement après la première séance et 8 précisent que c'était après quelques jours.
Si l'on regroupe les réponses on remarque que le **début de l'amélioration** des signes s'est fait **au plus tard quelques jours après la première séance pour 60% des patients**.

Pour 2 patients, ils ont attendu plusieurs semaines (pour des troubles anxieux et psychosomatiques), et 4 patients ont dit que c'était après la deuxième séance.

3.2.4.2 Modification de la relation avec le médecin

84% des patients interrogés ont dit que l'approche hypnotique avait **« modifié positivement »** la relation qu'ils avaient avec leur médecin, 2 ont mentionné qu'ils ne souhaitaient pas répondre.



dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Au sein de cette amélioration relationnelle est citée en premier lieu une meilleure relation de **confiance** (citée par **80%** des patients qui ont constaté une amélioration de la relation), puis vient un **allongement du temps d'écoute** coché par 57% d'entre eux, puis une meilleure compréhension des symptômes.
Un patient a également expliqué que cela avait **facilité leur communication**.

3.2.4.3 Méthode conseillée aux proches

38 patients soit **88%** disent qu'ils conseilleraient une prise en charge par approche thérapeutique à leurs proches, ce qui est un signe indirect de satisfaction également.

3.2.4.4 Inconvénients de l'hypnose

La majorité des patients (**64%)** n'a trouvé **aucun inconvénient** à l'utilisation de l'hypnose en médecine générale.

28% a coché la case « **technique peu connue** » dont un a précisé dans les commentaires que c'était plutôt une technique « mal » connue.

Et les **résultats aléatoires** sont mentionnés par 5 patients (soit **13%)**

Il est important de noter qu'aucun n'a coché les cases « absence de médicament » comme inconvénient, ni « contribution trop importante du patient » ni « temps de consultation trop long » mais un des patients, qui a dit qu'il ne trouvait aucun inconvénient à cette technique, a précisé également qu'il fallait trouver de la « place dans son emploi du temps » (patiente étudiante).

Une patiente a expliqué que l'inconvénient était la nécessité d'avoir la présence du médecin en face pour obtenir des effets positifs

3.2.4.5 Ressenti général

Les commentaires libres des patients sont très positifs et quelques idées sont mises en exergue :

3.2.4.5.1 Enthousiasme et satisfaction

Les patients ont spontanément tenu à répéter leur satisfaction malgré les questions précédentes sur le sujet. Ils sont également très reconnaissants envers les médecins généralistes qui leur ont fait la séance :
« Je remercie mon médecin traitant de m'avoir proposé l'hypnose, afin de soulager des maux. Je dois avouer que je doutais de l'efficacité, je suis « **bluffée » du bien que l'hypnose m'a fait.** »(p8)
« J'ai dû déménager et ne trouve pas l'équivalent en Martinique. »(p6)
« Grâce à l'hypnose je me sens beaucoup mieux dans ma tête, j'arrive à aller de l'avant aujourd'hui » (p10)
« Il est plus ou moins facile de se couper de l'extérieur. Mais toujours est-il que l'on ressent un **bienfait** après la séance, soit immédiat, soit dans les jours qui viennent et cela fait son chemin » (p12)
« **Nette amélioration** juste après la séance » (p18)
« **très satisfaite de ma thérapie** »(p30)

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

« Thérapie pas assez connue et un médecin très compétent. **Résultat positif**. » (p31)
« La seule chose que j'aurai à rajouter serait que je trouve en l'hypnose tellement de **bien-être** que j'en réclamerai plus souvent. Et c'est très bluffant sur les douleurs! » (p35)
« **C'est formidable que les médecins généralistes prennent en compte le psychisme, l'inconscient.**
Bonne continuation à vous »(p26)

3.2.4.5.2 Nécessité d'une relation de confiance

2 patients ont tenu à revenir sur la condition d'une relation de confiance avec son thérapeute afin de pouvoir utiliser l'hypnose :
« Avant d'entamer cette démarche, Il faut avoir une relation de confiance avec son médecin » (p12)
« Mais il faut trouver le bon médecin avec qui une relation de confiance pourra s'installer »

3.2.4.5.3 Autonomie

Le patient 4 rappelle l'intérêt de l'auto-hypnose apprise lors de la séance d'hypnose qui apporte elle aussi une meilleure gestion du symptôme :
« possibilité d'utiliser la technique du médecin soi-même pour diminuer certaines angoisses »

3.2.4.5.4 Demande d'accompagnement

Au contraire, certains autres patients ont du mal à intégrer l'autonomisation par l'auto-hypnose et ont besoin du médecin pour les accompagner :
« Pour moi, cette méthode est efficace lorsque je suis en présence du médecin. En revanche, lorsque je suis seule et que j'essaie l'auto hypnose, celle-ci n'est pas efficace. Il est vrai que je n'essaie l'auto hypnose que lorsque j'ai des douleurs » (p25)
« technique pas facile à acquérir pour les premières séances » (p29)

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

4. Analyse

4.1 Les limites de l'étude

4.1.1 Etude médecins

4.1.1.1 Biais de recrutement

4.1.1.1.1 Absence de liste officielle

L'absence de liste officielle de généralistes formés à l'hypnose a rendu le recrutement difficile et aléatoire et il s'est étendu sur 15 mois. Certains médecins ont dû passer au travers des multiples filets de recherche mais il est encore actuellement difficile de savoir combien.

4.1.1.1.2 Médecins généralistes libéraux ou généralistes de formation ?

Le sujet initial de la thèse concernait les médecins généralistes travaillant en cabinet, mais au fil des recherches de médecins cibles, j'ai rencontré des médecins généralistes de formation mais qui ne travaillaient plus en libéral et s'étaient orientés vers des consultations plus spécifiques telles que la douleur ou la rééducation fonctionnelle, ou qui travaillaient dans des services hospitaliers de médecine gérontologique par exemple, ou aux urgences.

-J'ai choisi de réorienter mon sujet d'étude à tous les médecins généralistes de formation car ils ont en plus tous fait des études de médecine, et un internat de médecine générale même s'ils n'ont pas tous passé le concours de l'internat de fin de 6ème année. De plus, comme nous l'avons vu plus haut dans la définition des médecins généralistes, ceux-ci exercent encore actuellement le plus fréquemment en libéral (en « cabinet ») mais les **médecins généralistes nouvellement inscrits à l'Ordre s'orientent de plus en plus vers un statut de salarié** (des hôpitaux, des cliniques, des centres de PMI etc..) ou de remplaçant (cabinets multiples).

La médecine générale n'est donc pas exclusivement libérale, contrairement à l'idée que l'on pourrait volontiers s'en faire. En me renseignant plus précisément, il apparaissait que 42% des médecins généralistes de La Réunion étaient en fait salariés.

-L'hypnose étant un outil assez récent en médecine générale, mon échantillon de médecins seulement en cabinet aurait été trop petit pour rendre les résultats intéressants. Auquel cas, il aurait fallu en faire une étude par entretiens , or ce travail avait déjà été réalisé par Catherine Desmars auprès de 9 médecins généralistes formés à l'hypnose dans la région de Clermont-Ferrand (101)

-J'ai estimé également que **les consultations en cabinet pouvaient « contenir » toutes les autres consultations** des autres établissements de santé : puisque le médecin généraliste en cabinet est le médecin de **premier recours** et de **suivi** lorsqu'il est médecin traitant, ses consultations peuvent tout aussi bien être des consultations de prise en charge de douleur chronique, de gestion de troubles anxieux, d'actes d'urgence ou de semi-urgences avec réalisation de contentions antalgiques, de sutures, de suivis de grossesse et de prévention maternelle et infantile, d'accompagnement dans des processus de rééducation par exemple.

L'accompagnement thérapeutique est le même, à mon sens, quel que soit le cadre de la structure de santé.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Il est évident que c'était une évaluation personnelle ainsi j'ai voulu quand-même m'intéresser de plus près aux différences qui ressortaient des questionnaires entre les médecins en cabinet et ceux des autres établissements, pour voir si les deux sous-groupes étaient bien homogènes. Si les motifs de consultation étaient différents, ainsi que leur degré de satisfaction, et voir aussi si les limites à l'utilisation de l'hypnose en cabinet étaient les mêmes. J'ai donc réalisé un focus sur le sous- groupe des médecins généralistes en cabinet.

4.1.1.2 Recueil de données

4.1.1.2.1 Taux de participation des praticiens de 85%

22 médecins sur 26 ont répondu dans les 3 mois au questionnaire médecin, ce qui fait un taux de participation de 85% et qui est très appréciable.
Cela est certainement dû aux nombreuses relances (téléphoniques et par courriers électroniques) et à la durée de l'étude patients qui a permis d'obtenir plus de réponses.

Il est important de noter qu'un 23ème médecin a répondu au questionnaire mais l'a fait une semaine après la date de clôture de l'étude, il n'a donc pas été inclus dans l'étude médecin, mais cela aurait fait un taux de participation de 89%. En rallongeant le temps de l'étude, j'aurais toujours pu recruter plus de médecins, mais il fallait que je mette une limite de fin de réception des questionnaires médecins et que je m'y tienne, malgré l'envie d'avoir un effectif plus important.

4.1.1.2.2 Recueil en ligne

Le fait d'avoir un formulaire seulement en ligne pour les médecins aurait pu créer un biais pour ceux qui n'avaient pas accès à internet, mais je leur avais déjà demandé lors du premier contact téléphonique et ce n'était pas le cas. C'est la raison pour laquelle je n'ai pas fait de questionnaire médecin sous format papier.

4.1.1.3 Questionnaire

4.1.1.3.1 Intérêt discutable de toutes les questions

Certaines questions **ne ciblaient pas suffisamment les objectifs** primaires et secondaires **de l'étude** : le descriptif des populations étudiées, le lien avec les autres thérapeutiques utilisées par exemple, les objectifs s'étant affinés finalement après la réalisation des questionnaires médecins. Ceux-ci étant trop vastes au début, il a fallu que je focalise plus sur l'intérêt de l'hypnose pour les médecins généralistes, et pas la place de l'hypnose dans les autres médecines alternatives par exemple, même si le thème était intéressant.
Un médecin avait déjà répondu tout de suite, j'ai donc conservé le questionnaire tel quel afin que tous les praticiens aient le même.

4.1.1.3.2 Absence de question sur l'auto-hypnose

Je n'ai pensé que trop tard à demander aux médecins comme aux patients s'ils utilisaient l'auto-hypnose à domicile (ou si les médecins formaient les patients) et quel en était l'intérêt car l'auto-hypnose fait partie de l'autonomisation des patients et contribue ainsi à l'intérêt de celle-ci en médecine générale.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

4.1.2 Etude patients

4.1.2.1 Biais de recrutement

4.1.2.1.1 Sélection des patients

Les patients cibles étaient **tous les patients** avec qui les médecins avaient usé de l'outil hypnotique au cours de la consultation. Or, il a été laissé à l'appréciation de chaque médecin de sélectionner ces patients. Il fallait dans un premier temps qu'ils aient le réflexe d'y penser systématiquement : nous avons donc un pic de réponses aux questionnaires patients seulement deux mois après la mise en place de l'étude patients. Il aurait alors été intéressant de rallonger le temps d'étude afin d'obtenir un échantillon de patients plus important.

.

4.1.2.1.2 Taux de participation des patients inconnu

Le nombre de patients sources, c'est-à-dire « recrutables » pour l'étude n'a pas été évalué.
Ceux qui ont répondu aux questionnaires devaient se sentir plus concernés également. On ne connait donc pas le taux de participation des patients, et donc il est difficile d'estimer également le biais dû au recrutement des patients les plus intéressés par le sujet, les mêmes certainement qui ont été satisfaits des résultats. Ce qui expliquerait le fort taux de satisfaction.

4.1.2.1.3 Nombre réduit de médecins « recruteurs »

Ces questionnaires étaient proposés par les médecins qui étaient donc le plus à l'aise avec la technique et qui nommaient l'hypnose. **La moitié** seulement a fait remplir un ou plusieurs questionnaires patients. Ceux pour qui la formation a modifié leur approche aux patients, leur façon de communiquer mais sans faire de séances d'hypnose a proprement parlé, n'ont pas osé questionner les patients.

4.1.2.2 Recueil de données

4.1.2.2.1 Recueils multiples

Les médecins qui ont proposé le questionnaire l'ont fait de plusieurs manières en fonction des patients : soit il leur était expliqué et donné en fin de consultation et le patient devait penser à le ramener lors de la consultation suivante, soit il était rempli aux deux tiers avec le médecin puis le patient remplissait seul dans la salle d'attente la fin du questionnaire et le remettait à la secrétaire dans l'enveloppe cachetée, soit ils remplissaient le questionnaire en ligne directement de chez eux. 27 patients sur 43 ont choisi cette option.
Il n'y a pas eu une technique standard pour réussir à obtenir le plus de réponses de patients possibles, ce qui a créé un biais car la méthode était différente pour les patients.

4.1.2.2.2 Influence du médecin

Certains praticiens ont posé eux-mêmes les questions pour les deux tiers du questionnaire voire ont rempli l'intégralité de celui-ci devant le patient. Leur présence a donc influencé les réponses de ce dernier. Ce biais est important notamment pour la dernière partie concernant leur relation entre le praticien et son patient. C'est pour cette raison qu'il y avait l'option « ne souhaite pas répondre » pour cette question, et 2 patients l'ont choisie.
Cette méthode a été retenue afin d'obtenir le **moins de « perdus de vue »** sur une population cible déjà peu nombreuse. Il aurait été utile de connaitre le mode de recueil de données exact (utilisation de l'enveloppe, questionnaire rempli partiellement ou totalement par le médecin ou uniquement par le patient) pour chaque type de questionnaire pour permettre de conclure au mieux à la question de la relation médecin/malade. Cela dit, les questionnaires ont été majoritairement remplis en ligne finalement (63%).

4.1.2.2.3 Biais des réponses en ligne

Ceux qui n'avaient **pas accès à l'informatique** ni à internet ne pouvaient pas accéder à la troisième option. Il leur était alors soit proposé de le faire sur papier avec eux, soit qu'ils rapportent le questionnaire la fois d'après, ce qui a entrainé une perte de données.

4.1.2.2.4 Biais d'alphabétisation

Et ceux qui ne savaient ni lire ni écrire ne pouvaient pas remplir la dernière partie, or le taux d'**analphabétisation** à La Réunion est important (5% selon l'INSEE[18], et 20% de personnes souffrant d'illettrisme[19] soit deux fois plus qu'en métropole).

4.1.2.2.5 Biais de retranscription

Les questionnaires papier ont été retranscrits sous format internet par moi-même après les avoir récupéré dans leurs enveloppes cachetées. Il y a pu donc avoir des erreurs dans la retranscription car cela a nécessité une tiers personne.

4.1.2.3 Questionnaire de satisfaction

4.1.2.3.1 Taille du questionnaire

Il est beaucoup plus succinct que celui des médecins car je ne voulais pas qu'il prenne trop de temps aux médecins qui devaient le proposer en fin de consultation.
Il est **donc moins détaillé, et moins informatif**.

4.1.2.3.2 Questions « fermées »

Les questions ont été sciemment plus fermées dans ce même souci, or on perd beaucoup d'informations très utiles sans ces questions ouvertes, libres de commentaires.
La formulation, même si elle proposait une case « autre » avec libellé de réponse libre dans quasiment chaque réponse, influence les réponses certainement.
Le questionnaire, comme il a été fait initialement était plus orienté comme un entretien semi-directif car je pensais que j'allais pouvoir interroger moi-même les patients.
Mais en faisant cela, je n'aurais pas pu être présente pour toutes les consultations où l'hypnose n'avait pas été « prévue ».Il aurait été préférable de s'intéresser plus aux récits des patients et à leur laisser plus de place pour s'exprimer.

4.1.2.3.3 Absence d'échelle d'évaluation standardisée

Aucune échelle standardisée comme l'échelle visuelle analogique (E.V.A) pour la douleur ou d'autres grilles d'évaluation (de l'anxiété par exemple avec l'échelle mYPAS, définie dans la première partie) n'ont été utilisées dans le questionnaire, parce-que les **motifs de consultation** pouvaient être très **divers**. Le degré d'amélioration des symptômes n'est donc pas chiffré, mais est plus basé sur une efficacité ressentie, qui ne se mesure pas quantitativement. Il aurait également été intéressant d'utiliser des échelles standardisées de qualité de vie.

---

[18] INSEE :Institut national de la statistique et des études économiques

[19] Le **taux d'alphabétisation** est défini par le Programme des Nations Unies pour le Développement (Pnud) comme le pourcentage de personnes âgées de plus de 15 ans « qui peuvent en comprenant, lire ou écrire un texte court en rapport avec leur vie de tous les jours »
L'**illettrisme** désigne l'état d'une personne qui a bénéficié d'apprentissages, mais qui n'a pas acquis, ou a perdu, la maîtrise de la lecture, de l'écriture et du calcul, contrairement à l'analphabétisation où les personnes n'ont pas reçu cet apprentissage.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

4.1.3 Critique générale

4.1.3.1 Quand parle- t-on d'hypnose ?

« A partir de quel moment de la consultation parle- t-on d'hypnose ? »
« Comment fait-on la différence entre une modification de l'écoute, des techniques de langage, une hypnose conversationnelle et une séance d'hypnose formelle à proprement parl
Et après que le praticien ait identifié avoir utilisé une approche hypnotique, l'autre difficulté réside dans le fait de nommer cette technique avec le patient afin de lui proposer le questionnaire d'évaluation. Car le mot hypnose est tellement chargé de **représentations**, d'idées reçues ou simplement de significations multiples pour les patients, qu'il devient souvent **difficile de « mettre des mots** » sur cette technique. Par peur de les effrayer, de ne plus pouvoir l'utiliser avec eux, ou de **perdre de la « fluidité » dans le discours ou dans la relation.**
Plusieurs médecins m'ont ainsi expliqué qu'ils avaient choisi de ne pas proposer le questionnaire à certains de leurs patients avec qui ils avaient utilisé l'hypnose conversationnelle voire même en séance plus formelle, car ils n'avaient pas parlé d'hypnose avec eux au préalable, et qu'ils ne souhaitaient pas le faire. Et ce pour plusieurs raisons, notamment qu'il n'y avait pas d'intérêt thérapeutique pour eux, que cela risquait de compromettre l'efficacité ressentie du fait même de ces représentations.
Il y a donc eu un **biais de recrutement des patients en hypnose conversationnelle particulièrement.**»
« Comment savoir en quoi la formation de l'hypnose a « influencé » et modifié le rôle de soignant ? »
Ces questions ont été soulevées verbalement par les médecins de l'étude lorsque je leur ai demandé un retour (non formel) sur les difficultés rencontrées à proposer les questionnaires à leurs patients.
Il est vrai que j'aurais pu faire passer un nouveau questionnaire en fin d'étude à tous les médecins ayant distribué des questionnaires, pour préciser plus en détails les limites de l'utilisation des premiers questionnaires, mais ils avaient déjà été très sollicités au cours des trois mois précédents, et je n'ai pas tenu à alourdir leur contribution.

Cependant, ils ont été plusieurs à m'avouer ne plus savoir quand ils utilisaient des techniques de langage hypnotiques particulières car ils les avaient totalement intégrées à leur façon de communiquer. C'est également ce qui est ressorti des questions libres sur les apports personnels et professionnels de l'hypnose.
C'est donc en même temps une **difficulté pour l'évaluation de l'étude**, mais qui reflète un des résultats les plus importants de ce travail : **la formation à l'hypnose a modifié leur relation à l'Autre, dans des détails qui leur échappe parfois**. Et c'est cette nouvelle relation médecin/patient qui fait aussi l'intérêt de l'utiliser en médecine générale.

4.1.3.2 Difficulté de « nommer » l'hypnose avec les patients

Et après que le praticien ait identifié avoir utilisé une approche hypnotique, l'autre difficulté réside dans le fait de nommer cette technique avec le patient afin de lui proposer le questionnaire d'évaluation. Car le mot hypnose est tellement chargé de **représentations**, d'idées reçues ou simplement de significations multiples pour les patients, qu'il devient souvent **difficile de « mettre des mots** » sur cette technique. Par peur de les effrayer, de ne

plus pouvoir l'utiliser avec eux, ou de **perdre de la « fluidité » dans le discours ou dans la relation.**
Plusieurs médecins m'ont ainsi expliqué qu'ils avaient choisi de ne pas proposer le questionnaire à certains de leurs patients avec qui ils avaient utilisé l'hypnose conversationnelle voire même en séance plus formelle, car ils n'avaient pas parlé d'hypnose avec eux au préalable, et qu'ils ne souhaitaient pas le faire. Et ce pour plusieurs raisons, notamment qu'il n'y avait pas d'intérêt thérapeutique pour eux, que cela risquait de compromettre l'efficacité ressentie du fait même de ces représentations.
Il y a donc eu un **biais de recrutement des patients en hypnose conversationnelle particulièrement.**

4.1.3.3 Difficulté d'évaluation quantitative

L'hypnose thérapeutique étant encore peu (ou mal) connue (comme l'a souligné un patient de l'étude), les médecins généralistes de formation qui s'y sont intéressés sur l'Ile sont encore peu nombreux. La taille des effectifs (22 médecins et 43 patients) est encore trop insuffisante pour en tirer des conclusions statistiques quantitatives.

Cela dit, l'étude est faite dans un **département** où l'essor de l'hypnose thérapeutique n'en est qu'à son début, et elle fournit des **résultats de base** qui seront intéressants à comparer dans quelques années, pour en voir l'évolution.

4.1.3.4 Difficulté d'évaluation qualitative

La difficulté de reproductibilité est toujours plus difficile sur les questions ouvertes qualitatives.

Des travaux ultérieurs devraient s'attacher à l'appréciation objective de ces résultats chaque fois que celle-ci est possible. Mais cette démarche soulève le problème général de l'évaluation en médecine libérale et le problème plus particulier de l'évaluation des résultats thérapeutiques des psychothérapies comme le rappelait Reineri dans son étude sur l'hypnose en médecine générale. (11)

4.1.3.5 Méthodologie déclarative

En effet, les données recueillies n'ont pu faire l'objet de vérifications objectives par exemple biologiques ou standardisées. L'efficacité et la satisfaction ont été basées sur des ressentis. Mais n'est-ce finalement pas ce qui nous intéresse réellement ?

4.1.3.6 Champs des indications thérapeutiques trop larges

La question des indications thérapeutiques n'est pas assez détaillée dans les deux questionnaires. En effet, par souci de regrouper les motifs de consultation en champs d'application plus larges, il y a une perte de données, même s'il était demandé aux patients de préciser (ou d'entourer) le motif plus précis, peu d'entre eux l'ont fait.
Par exemple, dans « troubles de l'humeur » le motif peut donc être « troubles dysthymiques », « syndrome dépressif » , « trouble bipolaire », « phase maniaque » etc…
Cela apporte moins de précision sur chaque motif de consultation mais peut être utile pour mieux **catégoriser** les demandes de consultations en hypnose. Comme l'échantillon n'est pas

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

très important, nous aurions eu trop de réponses disparates si la question était ouverte ou offrant plus de possibilités détaillées.

4.1.3.7 Différentiation hypnose formelle et conversationnelle non précisée

Je n'ai pas demandé dans les questionnaires de faire la distinction pour les médecins de la « forme d'hypnose » qu'ils utilisaient avec leurs patients ni aux patients de stipuler laquelle avait été utilisée pour leur motif de consultation.
La définition de l'hypnose est très complexe, comme nous l'avons vu en première partie, et aucune ne fait l'unanimité. Chaque auteur en a une conception différente, et chaque personne s'en fait sa propre représentation, ce qui rend la distinction entre hypnose formelle et conversationnelle également difficile. De plus, la formation à l'hypnose change la façon de communiquer du soignant de telle sorte qu'il soit aussi difficile de savoir quand il « fait » de l'hypnose ou quand il utilise des techniques de langage hypnotique. Je ne voulais pas que cela complique la compréhension des questionnaires, mais finalement cela aurait pu être utile de pouvoir rattacher un type d'hypnose avec le motif de consultation par exemple.

Pour conclure sur les difficultés de méthodologie de cette double étude, nous voyons que celles qui semblent entrainer le plus de biais sont:
-Un recrutement de patients aléatoire inhérent à la définition même de l'hypnose, à sa difficulté de nommer l'outil thérapeutique utilisé, notamment dans l'hypnose conversationnelle et donc un taux de participation de patients inconnu.
Cela a probablement une conséquence sur le degré élevé de satisfaction des patients.
-La présence de questions trop fermées orientant les réponses principalement pour les patients, et leur manque de questions ouvertes.
-L'influence des médecins présents lors de la rédaction des réponses des questions adressées aux patients, due à une méthode de recueil de données non univoque.
-La faiblesse des 2 échantillons.

Les biais principaux résidant principalement dans la difficulté de standardiser des données qualitatives, difficulté rencontrée et citée dans quasiment toutes les études concernant l'évaluation de l'hypnose encore à l'heure actuelle.

4.2 L'analyse des résultats

On peut regrouper les résultats pertinents des deux études pour répondre spécifiquement aux objectifs généraux de l'étude qui sont les suivants, le focus sur le bénéfice dans la relation thérapeutique sera détaillé dans la discussion.

4.2.1 Faisabilité de l'hypnose en médecine générale

Etudier la faisabilité revient à regarder si le projet est « **techniquement** faisable et **économiquement rentable** » selon la définition du dictionnaire Larousse. La deuxième partie économique sera également abordée dans la partie des limites de l'outil hypnotique.
En termes de technique dans ce contexte, on peut s'intéresser au côté organisationnel pratique de l'utilisation de l'hypnose ainsi qu'à la faisabilité en termes de **cohérence d'utilisation**.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

4.2.1.1 Applicabilité de l'hypnose en médecine générale

4.2.1.1.1 Champs d'application variés

Nous avons vu que les indications thérapeutiques dans lesquelles les médecins généralistes de l'étude ont utilisé l'hypnose sont assez nombreuses, avec comme principales :
-Les **troubles anxieux**
-L'**hypnoanalgésie** pour les gestes (sutures, pansements de brûlures, vaccination..)
-Et les **douleurs chroniques** (douleurs neuropathiques, cancers, fibromyalgies, arthrose, etc...)
Les autres indications thérapeutiques étant :
-Les **douleurs aigües** (migraines, lumbagos, brûlures, caries dentaires, etc..),
-les **troubles psychosomatiques** (troubles fonctionnels intestinaux, troubles du sommeil...) et
-**les troubles de l'humeur** (syndrome dépressif..) cités par 38%% des médecins.
-Les troubles de l'**addiction** (alcool, tabac, autres drogues) (33% des Mg)
-Les **troubles du comportement alimentaire** (anorexie, boulimie) et l'accompagnement diététique (28% des Mg)
-Les troubles phobiques (24%)
-L'énurésie (14%)
-Les affections dermatologiques (eczéma, psoriasis, urticaires..) et les troubles sexuels cités par 10% des Mg
-L'asthme
-La prise en charge des deuils
-Et les maladies chroniques, les 3 derniers n'ayant été cités qu'une fois chacun.

Si l'on s'intéresse aux motifs de consultation des patients de l'étude, on remarque que l'ensemble des douleurs (**chroniques, aigües et provoquées** par des soins) concernent 16 patients soit **37%, ce qui confirme bien que c'est l'indication thérapeutique où l'hypnose est la plus usitée.**

Les **champs d'application** sont donc très **larges** et coïncident bien avec les données actuelles scientifiques sur les indications de l'hypnose (vues dans la première partie).

4.2.1.1.2 Indications thérapeutiques ciblées par la médecine générale

Tous ces motifs de consultation sont très souvent retrouvés en consultations de médecine générale, que ce soit en cabinets ou dans d'autres établissements de santé., notamment la prise en charge de la douleur que l'on retrouve partout, quelque-soit le lieu de la consultation, en aigu dans les services d'urgence ou en chronique dans les structures de rééducation ou les centres antidouleur

Les champs d'application de l'hypnose recoupent également les champs d'application retrouvés dans le **dictionnaire des résultats de consultation de médecine générale** publié par la SFMG[20], ce qui conforte l'applicabilité de cet outil dans ce domaine de la médecine générale.(102)

4.2.1.1.3 Fréquence d'utilisation

[20] Le dictionnaire des résultats de consultation, réalisé par la SFMG, regroupe les situations cliniques qu'un médecin généraliste rencontre en moyenne **au moins une fois par an**. Ce sont donc les motifs de consultation les plus fréquents évalués et remis à jours chaque année par la SFMG.

De plus, la moitié des praticiens interrogés utilise quotidiennement des techniques d'hypnose, ce qui en fait un outil applicable de façon très régulière.

En conclusion, il apparait donc une grande pertinence à utiliser l'hypnose en médecine générale, en termes de cibles thérapeutiques. Cet outil est donc bien utile à la médecine générale.

4.2.1.2 Faisabilité en terme d'organisation

4.2.1.2.1 Du temps

40% des médecins ont été amenés à aménager leur lieu d'exercice afin de mieux utiliser l'approche hypnotique.

En regardant de plus près ces aménagements spécifiques, on remarque **un rapport au temps qui a changé** : **1/3** des praticiens ont vu leur **temps de consultation s'allonger**, et **plus de 90%** ont mis en place des **plages horaires spécifiques** dédiées à l'hypnose, la première proposition étant possiblement la conséquence de la deuxième.
Ces plages horaires dédiées sont prises sur leur temps libre : après 18 heures ou entre midi et deux, 2 médecins y accordent une demi-journée par semaine, un autre l'utilise sur une journée entière spécifique dans la semaine, et un autre médecin a répondu qu'il pratiquait selon la demande.

La **mise en place de consultations sur R.D.V** a été une conséquence de l'utilisation de l'hypnose pour près de la **moitié** des médecins également.

4.2.1.2.2 De l'espace

Comparés aux aménagements temporels, les aménagements spatiaux n'ont pas été prioritaires pour les praticiens interrogés : la mise en place de **nouveaux matériels** de type fauteuils ou canapés par exemple n'a concerné qu'un tiers des médecins. Aucun n'a ouvert une deuxième salle de consultation par exemple.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

4.2.1.3 Faisabilité économique

Il est clair que la rentabilité financière des médecins généralistes, et plus précisément ceux exerçant en libéral, a été nommée comme une des principales limites à l'utilisation de l'hypnose.
Cela dit, on constate également qu'il est déjà arrivé à **71% des médecins interrogés** de constater une **diminution des prescriptions** médicamenteuses chez des patients avec qui ils avaient utilisé des techniques d'hypnose dont 40% à qui cela est arrivé « souvent ».
Certes, nous ne parlons que « d'impressions » de diminutions de prescriptions, et celles-ci n'ont pas été chiffrées. Mais si cette baisse de prescription loin d'être négligeable était démontrée ultérieurement par des études quantitatives standardisées, elle aurait pour conséquence une **diminution des dépenses de santé** auprès de la sécurité sociale, même si cela n'aurait directement pas de lien avec la rentabilité financière du praticien. **Cela pourrait compenser alors une augmentation de la rémunération d'une consultation plus longue.**

Pour conclure sur la faisabilité de l'hypnose en médecine générale aux vues de cette étude, on peut dire que la pratique de l'hypnose thérapeutique est **faisable** en terme d'organisation spatiale et temporelle même si elle nécessite des aménagements principalement temporels, qu'elle est **applicable en médecine générale** (cibles thérapeutiques appropriées et utilisation fréquente) mais ses données semblent insuffisantes pour préciser la faisabilité d'un point de vue économique et donc de déterminer plus finement l'efficience.

4.2.2 Efficacité thérapeutique ressentie

Lorsqu'ils ont utilisé l'hypnose, les médecins généralistes se disent tous satisfaits des résultats obtenus, et **80% disent l'être « souvent** ».

Comme nous venons de le voir, la diminution ressentie de prescription médicamenteuse a été mentionnée par 71% des Mg. Ce qui est le témoin indirect de cette efficacité ressentie également.

Du point de vue des patients, l'efficacité thérapeutique ressentie est également clairement démontrée : 77% des patients ont dit qu'ils avaient ressenti une amélioration de leur symptôme et le début de l'amélioration des signes s'est fait au plus tard quelques jours après la première séance pour 60% des patients

Le bénéfice général en termes de résultat de santé est donc très positif des deux points de vue.

En 1997, la première étude française analysant l'hypnose en consultation de médecine générale est parue dans les « documents de recherche en médecine générale » : c'est une étude descriptive longitudinale (sur 9 semaines) portant sur **150 consultations** ayant donné lieu à une intervention hypno-thérapeutique, faites par 4 médecins généralistes utilisant l'hypnose dans leur pratique médicale. Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire standardisé rempli par chaque médecin au moment de la consultation.(11)
Ils concluaient déjà à l'amélioration de la relation médecin-patient et à une « **nette appréciation positive** »à chaque consultation **tant du côté du praticien (74%) que du patient (69%)**.
La réduction des prescriptions médicamenteuses était également constatée mais pas chiffrée.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

4.2.3 Satisfaction des acteurs

4.2.3.1 Satisfaction des praticiens

4.2.3.1.1 D'un point de vue personnel

La formation à l'hypnose, pourtant à visée professionnelle, n'a pas laissé les praticiens indifférents en termes d'apprentissages personnels :

-L'intérêt sur le **développement personnel** et une **meilleure connaissance de soi** sont ressorties dans les réponses de 8 Mg.

-Le deuxième élément cité par ordre de fréquence est l'**allo-centrage** : la relation à l'autre a changé d'angle de vue. Les médecins interrogés se sont plus tournés vers l'autre en développant une meilleure écoute et une plus grande empathie[21], ainsi qu'une meilleure « compréhension des difficultés humaines ».

-Il en ressort aussi **une « meilleure façon de communiquer »**.

-La formation à l'hypnose semble leur avoir apporté également une **prise de recul** de manière générale qui elle-même leur a permis de s'extraire de situations difficiles par exemple.

-La **diminution du stress** ainsi qu'un **apaisement** ont été rapportés par 5 des Mg interrogés.

4.2.3.1.2 Apport professionnel

-90% des médecins ont une **modification positive de leur image de médecin** qui est à rapprocher principalement de l'efficacité thérapeutique ressentie, mais également de la **diversification** de leur travail ainsi qu'à sa **valorisation**.

-95% des Mg ont répondu que leur formation à l'hypnose avait **modifié positivement leur approche des patients** et la moitié l'a détaillée en premier lieu par un meilleur **accueil** et une **approche plus globale** des patients. Ils ont remarqué également un allongement de leur temps d'écoute (à rapprocher probablement de l'allongement du temps de consultation) ainsi qu'une **diminution de leur interprétation** des récits.

Mais **82%** au total estiment s'être épanouis professionnellement grâce à la pratique de l'hypnose ce qui est un peu moins que les résultats cités précédemment, peut-être par mauvaise interprétation ou connotation du terme « épanouissement » ?[22]

-Quand on leur demande leur ressenti général quant à l'hypnose en médecine générale, il se dégage des réponses libres la notion **d'amélioration relationnelle** qui est de loin la plus fréquente, et qui revient même plus souvent que la notion d'efficacité thérapeutique.

---

[21] L'**empathie** est la capacité à identifier l'émotion chez autrui et à en comprendre la raison et la motivation selon Berthoz. Cette faculté implique de pouvoir se mettre à la place de l'autre en restant soi-même, ce qui la différencie totalement de la sympathie définie comme le partage d'émotions.(103)

[22] S'**épanouir** est le fait d'acquérir la plénitude de ses facultés intellectuelles ou physiques selon le dictionnaire Larousse, de « se rendre heureux ».

Le Mg 15 le résume bien par ces mots : « c'est une amélioration de la relation médecin/patient **en elle-même**, **avant l'amélioration des symptômes ».** D'autres décrivent leur satisfaction par une « meilleure **alliance** thérapeutique »**.**

4.2.3.2 Satisfaction des patients

9 patients ont clairement exprimé leur reconnaissance et leur satisfaction dans les commentaires libres, même s'ils semblaient étonnés ou « bluffés » des résultats.
88% disent qu'ils conseilleraient une prise en charge par approche thérapeutique à leurs proches.

4.2.4 Les limites à l'utilisation de l'hypnose en médecine générale

4.2.4.1 Le temps

Selon une étude de l'IRDES de 2009, le temps de consultation du médecin généraliste libéral est estimé à 16 minutes en cabinet et 30 minutes en visite (104), et le temps moyen estimé par 12 500 patients interrogés dans une étude de l'IRDES en 2008 est de 18 minutes. (105)

Le temps de consultation n'a pas été estimé dans ces questionnaires, mais si l'on se réfère à une récente enquête de pratique par entretiens semi-directifs auprès de 9 médecins généralistes français formés à l'hypnose et interrogés par le Dr Gallais, le temps d'une consultation d'hypnose a varié de 20 minutes à plus d'une heure selon les prises en charge. (100)

Le temps de consultation d'un médecin généraliste habituel semble insuffisant pour une séance d'hypnose formelle, ce qui a été largement approuvé par les médecins généralistes de l'étude puisque l'on rappelle que 91% d'entre eux ont coché le « manque de temps » comme limite à l'utilisation de l'hypnose. Ce qui est bien plus marqué chez les praticiens en cabinet qui ont été unanimes sur le sujet.
Ce sont également eux qui ont réalisé le plus d'aménagements spécifiques pour les consultations d'hypnose peut-être aussi pour pallier à ce manque de temps en libéral et trouver un « compromis ».

Quant au temps de consultation à l'hôpital, il est plus important en service d'hospitalisation ou de soins de suite, mais il dépend de l'afflux des patients dans les services d'urgence.

4.2.4.2 La rentabilité financière

L'efficience est la capacité d'atteindre les objectifs et les buts envisagés tout en minimisant les moyens engagés et le temps, en réussissant ainsi à leur optimisation, comme nous l'avons déjà rappelé plus haut.

La rentabilité financière fait partie de ces moyens engagés, mais n'a pas été évaluée à proprement parler. Elle est citée par la moitié des médecins comme limite à l'utilisation de l'hypnose.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Il est à noter que d'un point de vue des patients, il n'y a aucun inconvénient à utiliser l'hypnose en médecine générale, notamment aucun des patients interrogés n'a mentionné le coût d'un éventuel dépassement d'honoraire par exemple.
Une étude supplémentaire serait utile pour préciser la rentabilité financière et donc l'efficience de l'hypnose en médecine générale, malgré les propos de Gaston Brosseau qui pense que *« L'hypnothérapie se positionne au XXIème siècle comme une alternative sérieuse en terme d'économie de temps et d'efficacité, critères dominant notre ère actuelle* ». (106)

4.2.4.3 Les représentations

Les patients ont mentionné des « résultats aléatoires » ou « une technique peu connue », à rapprocher peut-être aussi des représentations qu'ils en ont, car la technique est connue et les résultats sont prouvés scientifiquement mais peu le savent. Et même s'ils le savent, la toile de fond de l'hypnose de spectacle déteint probablement sur leur jugement.
Un patient a d'ailleurs bien ciblé la problématique puisqu'il dit : « **technique plutôt 'mal' connue** que peu connue ».
Il aurait été intéressant de leur poser la question des idées reçues.

4.2.5 Particularités des médecins généralistes en cabinet

-Les médecins généralistes libéraux ont **trois fois plus** souvent de **temps dédié** spécifiquement à l'hypnose dans la semaine comparés aux non libéraux.
Et **62%** des libéraux ont réalisé des **aménagements** afin de pouvoir pratiquer l'hypnose lors de leurs consultations alors que seulement 11% des non libéraux l'ont fait.

-Et ils trouvent plus d'inconvénients à utiliser l'hypnose lors de leurs consultations que les non-libéraux, notamment ils sont unanimes sur **le manque de temps** (versus 78% dans l'autre sous-groupe des non-libéraux), et sont d'accords à 62% pour la rentabilité financière (versus 33%).

Cela se comprend bien par la nature même de leur travail : le temps de consultation étant relativement compté, puisque nous avons vu qu'il était en moyenne de 16 minutes pour une consultation en cabinet de généraliste, il faut réorganiser le planning du médecin pour qu'il ait bien environ 45 minutes de disponibilité sans que cela ait des répercutions sur les autres patients, tout du moins en séance formelle.

Cela n'a pas été différentié dans les questions, mais on pourrait supposer que lors de l'utilisation de la communication hypnotique seule sans séance formelle, le temps de consultation ne soit pas allongé voire permette d'atténuer l'appréhension des patients et leur douleur et donc permette de « gagner du temps ». Mais cela reste encore à être vérifié.

La rentabilité financière pour un médecin salarié d'un établissement de santé privé ou public se fait inévitablement moins ressentir puisqu'il a un salaire fixe mensuel qui ne dépend pas du nombre de patients qu'il voit. Le médecin généraliste libéral est rémunéré au nombre d'actes effectué, comme nous l'avons vu dans la définition plus haut.

Les praticiens libéraux ont cela dit le même degré de satisfaction concernant l'utilisation de l'hypnose en cabinet que les médecins non libéraux.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

-Concernant les champs d'utilisation de l'hypnose pour leurs consultations en cabinet, on remarque qu'ils sont **les seuls** à utiliser l'hypnose dans le cadre des pathologies **dermatologiques**, des **maladies chroniques** et de **troubles de l'humeur**, et qu'ils **l'utilisent deux fois plus que les non libéraux pour les troubles anxieux.**

Ce qui rajoute à l'intérêt tout particulier de l'approche hypnotique en cabinet de médecine générale.

Cela dit, les indications thérapeutiques sont plus nombreuses en libéral du fait aussi que les médecins salariés des autres établissements de santé doivent avoir des consultations spécialisées (dans le domaine de la douleur exclusivement en centre anti-douleur, ou de l'enfance en PMI etc…) ce qui diminue le « champ des possibles.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

5. Discussion

« Il ne serait pas inutile que, de temps à autre, nous nous souvenions que nous sommes réellement des mammifères; et que c'est l'épistémologie du coeur (et non de la raison) qui caractérise tous les mammifères non humains» Grégory Bateson (107)

5.1 Hypnose et médecine générale, des objectifs qui se rejoignent

Outre la satisfaction ressentie des deux protagonistes qui est essentielle, pourquoi est- il intéressant et pertinent d'utiliser l'hypnose comme outil en médecine générale ? Quelles en sont les caractéristiques communes? En nous basant sur la littérature et sur les résultats de notre étude, nous allons en donner des éléments de réponse.

5.1.1 Au cœur du modèle bio-psycho-social de Engel

« Tout ce qui est vivant est en lien, nous soignons une maladie, un organe faisant partie d'un être en relation avec ses croyances, son environnement, son vécu. » Benhaiem

Le modèle bio-psycho-social a été élaboré par le psychiatre Engel en 1977 (108) car il pensait que le modèle **biomédical** qui régissait la médecine auparavant était **trop axé sur la maladie**.

Selon lui, pour être scientifique, ce modèle de la médecine devait également y inclure les **dimensions psychosociales (c'est-à-dire personnelles, affectives, familiales et communautaires**), **en plus des aspects biologiques** (maladies) de tous les patients.
Selon le Dr Smith, ce modèle est devenu « *l'évènement marquant dans la compréhension de la médecine en tant que science* ».(109)

Sur le plan théorique, dans le modèle bio-psycho-social, les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie sans accorder de priorité à l'un des éléments, bien que leur importance puisse varier selon les situations, c'est donc bien un élargissement du modèle biomédical. (110) Il permet un **abord de la santé et de la maladie plus complet et plus efficace** que ce dernier.

Engel en a également expliqué un modèle pratique tiré de cette théorie (111) : dans cette pratique clinique inspirée du modèle bio-psycho-social, on retrouve deux caractéristiques essentielles :
-**L'élargissement des perspectives** : En plus du bilan somatique, le soignant doit être particulièrement sensible à une « *évaluation des attitudes et croyances, des attentes, des comportements, des facteurs émotionnels et relationnels, du contexte social, culturel et professionnel* » des patients comme le détaille le Dr Berquin. (110)

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

-Et **la participation active du patient :** qui est à favoriser car les attentes et croyances des patients influencent directement les résultats des traitements**.**
Comme nous l'avons déjà vu, la médecine générale se doit également d'apporter une réponse globale aux problèmes de santé des patients selon la définition de la Wonca « *dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.* »

Selon une définition donnée par l'**OMS** en 1998, *« la médecine générale comprend les soins préventifs, curatifs, de réhabilitation et palliatifs, ainsi que l'éducation pour la santé, en intégrant les* ***domaines bio-médical, psychologique et social***. »
« *Elle traite des liens entre la souffrance et la maladie et intègre dans les décisions, les aspects humains et éthiques de la relation médecin/patient* ».

Si l'on reprend une autre définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé(OMS) en 1946 : «La santé est un état de complet bien-être **physique, mental et social**, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité».
L'objectif thérapeutique du médecin généraliste est donc d'obtenir des résultats dans ces trois domaines : physique, mental et social, ce qui rejoint aussi la théorie de Engel.

Or, ces applications se retrouvent également dans l'approche hypnotique puisqu'elle permet d'aborder le patient sur plusieurs plans, organique et psychologique et d'en avoir ainsi une « **approche plus globale** » comme cela a été cité plusieurs fois par les Mg de l'étude.
Un des Mg a dit que « **l'hypnose développe un autre regard**, l'autre est abordé dans sa globalité »
Pour le Mg 6, l'hypnose **révèle « l''évidence de la globalité de l'être humain, le corps et l'esprit, facilement oubliés.** »
L'objectif de l'hypnose thérapeutique selon l'académie nationale de médecine est de « *faciliter (...) une meilleure homéostasie et un meilleur aménagement des relations de l'organisme avec son milieu.* »

L'hypnose prône aussi l'autonomisation (par l'auto-hypnose) et la participation active du patient comme nous allons le voir après.

Cette meilleure « ouverture » permet au soignant de **mieux comprendre** son patient, et donc de mieux l'accompagner dans la résolution de ses problématiques de santé.

Et tous ceux qui ont l'expérience de la pratique du soin ne peuvent nier que les difficultés sociales ou psychologiques sont très souvent inhérentes aux plaintes des patients, même s'ils ne le verbalisent pas dans ce sens.

Un des objectifs principaux de la médecine générale et de l'hypnose thérapeutique est donc bien une prise en charge globale du patient. Il apparait donc utile à la première d'utiliser la deuxième comme outil thérapeutique car comme le souligne le Dr Berquin :
« Le fait de négliger le contexte psychosocial du patient équivaut à se priver d'outils diagnostiques et pronostiques dont la pertinence a pourtant été documentée ».(110)

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

5.1.2 Un état de « mieux-être »

Un des objectifs du médecin généraliste, si ce n'est le principal, est d'améliorer l'état de santé de son patient. Et si l'on reprend le début de cette célèbre définition de la santé selon l'OMS, elle est décrite comme « un état de **complet bien-être (…)**».

Or, une règle en hypnothérapie qui est rappelée par Watzlawick (47) est que l'on ne doit jamais se fixer pour but de résoudre totalement et définitivement un problème, mais que l'on doit se borner à tenter de l'**améliorer** ou de l'**atténuer**.
Il donne les exemples de viser à ce que le patient souffre moins, ou que l'on parvienne à allonger un peu son temps de sommeil. Selon lui, *« **la conception du changement se trouve libérée de l'utopie du tout ou rien**, qui ne conçoit que le succès total ou l'échec complet.* »
Il explique également que cela permet au patient de se rendre compte qu'il peut changer de lui-même. : « *Le patient quitte alors le traitement avec une confiance accrue dans ses possibilités, et une dépendance bien moindre à l'égard des béquilles de sa thérapie* ».

Le mieux n'est peut-être pas tant que cela l'ennemi du bien, car améliorer l'état de santé d'un patient c'est déjà remplir un des objectifs du médecin généraliste. **Le patient n'attend pas tant d'être guéri que d'aller mieux,** comme l'atteste le p10 « Grâce à l'hypnose je me sens beaucoup mieux dans ma tête ».

Le p12 de l'étude explique aussi bien les effets de l'hypnose sur son état de santé : « toujours est-il que l'on ressent un **bienfait** après la séance, soit immédiat, soit dans les jours qui viennent et cela fait son chemin ».

5.1.3 Une gestion de l'anxiété

5.1.3.1 Anxiété des patients

De nouvelles études confirment que les troubles anxieux figurent parmi les pathologies les plus fréquentes avec lesquelles les patients se présentent **chez leur médecin traitant** (112)
Selon le département de médecine générale de Paris, les troubles anxieux ont une définition précise et validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) : « *C'est une anxiété excessive ou persistante qui entraine une **souffrance subjective permanente** ou **entrave le fonctionnement de la vie quotidienne***. »
Leur prévalence au cours de la vie est très importante (21%).
Les troubles anxieux comprennent : la phobie spécifique, le trouble anxieux généralisé, le trouble d'anxiété social, l'état de stress post-traumatique, le trouble panique et le troubles obsessionnel compulsif.

En 2009, une étude de l'INSERM a évalué 1151 patients qui consultaient 46 médecins généralistes dans la région de Montpellier. Ceux-ci ont rempli des auto-questionnaires dont le patient health questionnaire appliquant les critères diagnostiques du DSM-IV[23]. Le médecin généraliste a évalué pendant la consultation la sévérité des troubles psychiatriques. D'après leurs réponses, 14,9 % des patients remplissaient les critères DSM-IV de trouble dépressif

[23]DSM : pour *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, publié par la Société américaine de psychiatrie, est un ouvrage de référence qui classifie et catégorise des critères diagnostiques et des recherches statistiques de troubles mentaux spécifiques. La quatrième révision (DSM-IV) est publiée en 1994, bien qu'un texte révisé ait été commercialisé en 2000. La cinquième édition a été publiée au mois de mai 2013.

majeur ou de trouble anxieux. Plus de la moitié ont été détectés par la suite par le médecin généraliste.
Ce qui montre la fréquence élevée de troubles de l'humeur et de troubles anxieux chez des patients de médecine générale et le rôle primordial du médecin généraliste en première ligne.(113)

C'est un motif très fréquent de consultation en médecine générale, souvent masqué au premier abord par d'autres plaintes, et qui peut se rencontrer en cabinet de ville, à tous âges, et qui peut accompagner d'autres symptômes notamment la douleur.
Les médecins généralistes en libéral semblent, aux vues des résultats de notre étude, être plus concernés que les non-libéraux car ils utilisent deux fois plus l'hypnose que ces derniers dans la prise en charge des troubles anxieux avec leurs patients (25% versus 11%).

Mais c'est également une plainte que l'on retrouve très souvent en service d'urgence, ou qui est intriquée aux autres plaintes comme la douleur principalement et donc qui est amenée à être traitée en centre antidouleur par exemple.

L'hypnose peut être utilisée comme une thérapie de soutien pour un meilleur contrôle de l'anxiété. Elle est également efficace pour anticiper et contrôler les affects liés à l'événement anxiogène, ou comme « technique intégrative d'un vécu traumatique ».(79)

Dans notre étude descriptive à La Réunion, nous constatons bien que les troubles anxieux représentent la première indication thérapeutique où l'hypnose est utilisée, et efficace, de l'avis des praticiens comme des patients. Pour rappel, 67% des médecins disent avoir déjà utilisé l'hypnose pour aider à la gestion de troubles anxieux, et c'est également le motif de consultation le plus fréquemment cité par l'échantillon des patients (25%).
Le Mg 14 l'a aussi confirmé dans une des questions ouvertes : « Cela permet au patient de se sentir moins stressé ».

5.1.3.2 Anxiété des praticiens

L'anxiété des soignants est souvent sous-estimée car on se préoccupe beaucoup plus de celle des patients.
Comme nous l'avons vu dans cette étude, la formation à l'hypnose thérapeutique a apporté à plusieurs médecins une prise de recul de façon générale, une meilleure gestion de leur stress et plus de sérénité.
Le Mg 11 illustre cette notion: « C'est efficace aussi dans la gestion du stress en tant que praticien, je me laisse parfois 5 minutes après une consultation difficile pour me **détendre** ».

Une « **diminution du stress** » a été constatée par les Mg 2 et 21
Cela a apporté au Mg 16 de mieux « comprendre les émotions et les ressentis, et une certaine **sérénité** ».
Cette gestion de sa propre anxiété de soignant, est primordiale pour pouvoir gérer au mieux celle du patient.

5.1.4 Une gestion de la douleur, physique et morale

De par son caractère transdisciplinaire, la douleur est une **plainte** et un **motif de rencontre pluriquotidiens** en médecine générale. Le généraliste, souvent consulté en première intention, est confronté à tous les aspects de sa prise en charge : diagnostic, recherche

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

étiologique, mécanisme, évaluation de la douleur, retentissement psychosocial, optimisation du traitement…

En 2002, une étude de P. Tajifel portant sur presque 3500 patients de médecins généralistes a estimé que **la prévalence de la douleur comme motif principal ou secondaire de rencontre en médecine générale en cabinet a été de 43 %**.(114)

Ce résultat était de 54.3 % en 1993 par des algologues hospitaliers.
En 2001, une enquête transversale a été réalisée auprès de l'ensemble des patients hospitalisés en secteur d'hospitalisation de plus de 24 heures dans 18 services à Cochin. Elle retrouve que près de **60 %** des patients déclarent une douleur à l'entrée de l'**hôpital** ou dans les dernières 24 heures qui précèdent l'enquête.(115) Les médecins généralistes de formation qui exercent dans des services hospitaliers sont donc confrontés à ce symptôme très fréquemment.

En 2012 est parue une étude pan-européenne sur la prévalence de la douleur de la National Health and Wellness Survey réalisée dans cinq pays d'Europe : Allemagne, Espagne, France, Italie et Royaume-Uni, et mise en place entre mars et mai 2010. Sur **15 051** personnes de plus de 18 ans ayant répondu, 2614 soit 17 % ont signalé avoir présenté une douleur au cours du mois précédant l'étude. La douleur d'intensité sévère a concerné **4,6 %** de l'ensemble de la population.(116)
Cette étude ne concerne pas un type de structure de santé en particulier, mais bien l'ensemble d'une population (adulte) et donc ces personnes qui souffrent sont de potentiels patients pour des généralistes en cabinet mais également dans d'autres établissements privés ou publics tels que mentionnés dans notre étude (centre antidouleur, clinique ou hôpital, médecine préventive pour des travailleurs actifs etc…)

L'hypnose a été très bien étudiée dans ce domaine d'application, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail, et elle est un outil validé scientifiquement par de nombreux spécialistes.
Le généraliste étant en première ligne de soins, elle lui permet d'être mieux « équipé » pour gérer la douleur de ses patients, quelque- soit son lieu de travail.

Cette meilleure gestion de la douleur a d'ailleurs été citée par **7 médecins** de l'étude comme **motivation initiale** à leur formation en hypnose : « atténu(er) douleur et angoisses. »(Mg 3), prendre l'hypnose comme un « complément dans la prise en charge de la douleur » (Mg 4), pour la « pratique de gestes douloureux et la gestion des crises d'angoisse aux urgences » (Mg 16), ou « proposer une alternative de prise en charge dans les troubles chroniques douloureux »…
Si l'on regroupe tous les types de **douleurs** tels que les douleurs **chroniques, aigües et provoquées** par des soins (de suture, de vaccination, de pansements), cela concerne 16 patients sur 43 interrogés dans notre étude, soit **37%,** ce qui en fait le motif de consultation où l'hypnose est la plus employée du point de vue des patients.

Si l'on reprend la définition admise communément de la douleur citée précédemment, celle-ci est aussi une « **expérience émotionnelle**, associée à des lésions tissulaires » qui peuvent être « potentielles ou simplement décrites en ces termes ». La **souffrance morale** est donc aussi une forme de douleur qui peut être décrite comme une sensation désagréable et peut s'inscrire dans le corps. Il est souvent difficile de la distinguer de la douleur physique. La plainte douloureuse est parfois alors l'expression d'une **difficulté à « être »**.

Et comme le dit Magda Bogin dans son ouvrage « maitriser la douleur »: « *Étant donné que* ***c'est le corps qui l'éprouve et l'esprit qui l'endure, la douleur empiète sur deux entités que la science s'acharne depuis des siècles à isoler l'une de l'autre. Et c'est cette interaction en***

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

double résonnance du somatique et du psychique qui rend la douleur si pénible à supporter. »
Cette douleur est également un motif de consultation très fréquent en médecine générale qu'il est important de ne pas négliger.
L'hypnose, comme méthode d'accompagnement permet aussi au généraliste d'aider le patient à traverser ces différents types de douleur.

5.4.5 Une gestion du refus de guérir

Presque 20% des patients interrogés dans notre étude ont eu recours à l'hypnose pour des troubles psychosomatiques. Or nous avons vu que ceux-ci étaient définis par des troubles somatiques dont la dimension psychologique était prépondérante dans sa survenue et dans son évolution.
François Roustang, parmi d'autres, explique bien **que le symptôme est là pour une bonne raison, car il est utile, voire nécessaire, au bon équilibre du patient** : il a été « *forgé savamment pour préserver un quelque chose auquel le patient est attaché (…) et qu'il ne veut pas lâcher* ».
Il dit aussi « *tout se passe comme si la souffrance liée aux symptômes était son bien le plus précieux, comme si en la perdant il aurait dû renoncer à son identité.* ***Comme si sa façon propre de souffrir était sa forme d'existence singulière,*** *sa seule vraie richesse* ».(38)

Ces patients, attachés à leurs symptômes, sont plus fréquents qu'on ne le pense, et c'est l'expérience professionnelle qui nous le prouve au quotidien. C'est en les écoutant que l'on se rend compte qu'en même temps qu'ils désirent se débarrasser de leur symptôme, ils nous expliquent comment ils ne le pourront pas.
Les troubles psychosomatiques, mal étiquetés organiquement, et de par leur dimension psychologique prépondérante, font souvent partie de ces symptômes « pivots », qui « tiennent » les patients. Et qui les enferment dans des problématiques paradoxales de patients qui veulent et ne veulent pas guérir, comme nous l'avons abordé plus haut dans ce travail.

Or, « ***on guérit du refus de guérir par l'hypnose*** » selon Roustang, peut-être en se « coup(ant) de l'extérieur » comme le dit bien le patient 12.
L'hypnose est un état de conscience où les paradoxes ont leur place et peuvent être traités à un niveau inconscient, sans que l'explication consciente soit nécessaire. Dans cet état modifié de conscience, ou de « veille paradoxale », les paradoxes justement sont « autorisés ». On peut alors mieux se détacher du « pourquoi » du symptôme qui le fait souvent perdurer, et aider le patient à sortir de ces problématiques paradoxales où le psychisme est joue un rôle important.
L'hypnose a permis d'apporter une amélioration aux troubles psychosomatiques de la plupart des patients interrogés de notre étude, comme le montre leur degré d'efficacité ressentie.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

5.2 Une nouvelle dynamique relationnelle médecin- patient

A la lumière de notre double étude et de la littérature, on constate que l'hypnose a un réel impact sur la relation soignant-soigné. Elle permet d'instaurer une nouvelle dynamique relationnelle qui cadre avec les objectifs de la médecine générale.

5.2.1 Une adaptation du praticien à son patient : « la science du singulier »

Selon G. Salem : « *L'hypnothérapie est une science du singulier. Il n'existe pas de méthode applicable à tous les patients sans distinction et aucun patient n'est réductible à des grilles d'analyse communes. Chaque traitement hypnotique est donc une aventure différente,* ***adaptée au problème du patient, à sa personnalité, à son arrière-plan historique et culturel, à sa constellation de vie, à sa situation actuelle, au style de sa demande****, au style de la relation qui s'ébauche entre lui et le thérapeute*. » (31)

Erickson insistait également sur le fait qu'il y ait « *une thérapie pour chaque patient* », raison pour laquelle il n'a pas écrit d'ouvrages sur les méthodes hypnotiques à avoir en fonction des pathologies des patients. Il est donc difficile de dégager des standardisations de l'hypnose, et donc des standardisations de la relation qui s'établit entre le praticien et son patient grâce à l'approche hypnotique.
Le Mg 15 rappelle également que l'hypnose doit être « **adaptée à chaque patient**. »
Il faut mettre de côté ce que l'on sait pour écouter de novo, comme si c'était notre premier patient. Selon Hycner et Jacobs en 1995, le thérapeute « *met entre parenthèses ou suspend ses présupposés, ses préférences, ses connaissances d'ordre général sur les gens, la psychopathologie, les étiquettes diagnostiques et les théories pour accueillir l'unicité* » du patient.

La relation devient alors unique, et ne s'articule plus autours de pathologies, de patients lambda ou de numéros de chambres d'hôpital…Le praticien appréhende son patient avec tout son vécu, ses expériences, son contexte social, environnemental, professionnel ainsi que ses propres représentations des symptômes ou des traitements antérieurs ou à venir. Il l'accompagne, dans la résolution de ses problématiques et de ses plaintes grâce à ses capacités personnelles, au moyen d'outils qui lui conviennent le mieux, et qui n'auraient probablement pas été les mêmes pour un autre patient. Ce qui rend également le travail du praticien varié et très intéressant. Et ce qui facilite l'adhésion du patient, qui se sent compris en tant qu'individu unique.

5.2.2 Un autre équilibre : une mise au même niveau des deux acteurs

L'hypnose est un moyen **d'équilibrer la relation** médecin-patient: Le médecin respecte le rythme du patient, il prend plus le temps d'écouter ses attentes et ses ressentis, il se met au même niveau de communication et l'appréhende dans sa globalité comme l'ont expliqué plusieurs médecins interrogés. Il passe du rôle de décideur, à celui d'accompagnateur.
Les **objectifs** sont **définis ensemble** et le patient est rendu plus actif puisque c'est à partir de ses propres ressources que le symptôme va s'atténuer, comme le confirme Gaston Brosseau : « *En l'état d'hypnose, c'est la personne qui possède le vrai pouvoir.* »
Le Mg 13 de notre étude partage ce point de vue puisqu'il dit que c'est une « méthode respectueuse envers le patient et une aide pour le **rendre acteur** » et le Mg 22 parle lui de meilleure implication de la part du patient.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Cela devient une collaboration mutuelle dans le but d'atteindre des objectifs fixés, que l'on peut appeler « alliance thérapeutique » comme le dit le Mg 21.

5.2.3 Une écoute plus empathique

Selon Jacques Palaci, ancien président de la National Psychological Association for Psychoanalysis, l'empathie consiste *« à **se situer dans l'expérience de l'autre**, afin de comprendre sa réalité interne spécifique* » (29) Selon lui, elle met en suspens sa propre conception de ce qui est réel et reconnait que le point de vue de l'autre est aussi vrai que celui de l'analyste. Il rajoute : « *Le mode empathique reste la méthode fondamentale pour la compréhension du patient* ».

Selon Berthoz, l'**empathie** est la capacité à identifier l'émotion chez autrui et à en comprendre la raison et la motivation. Cette faculté implique de pouvoir se mettre à la place de l'autre en restant soi-même, ce qui la différencie totalement de la sympathie définie comme le partage d'émotions.(103)

Et l'empathie occupe une place importante dans la compréhension du rapport hypnotique qui s'établit entre le thérapeute et le patient.
Carl Rogers, psychologue humaniste américain, a développé également cette idée selon laquelle un des aspects facilitateurs de la relation est la **compréhension empathique**. « *Cela veut dire que le thérapeute sent exactement les sentiments et significations personnelles que le « client »24 est en train d'expérimenter et qu'il communique cette compréhension* » au patient. (117)
Ce type d'écoute active peut ainsi favoriser le changement.

Il ressort des réponses de plusieurs médecins de l'étude un changement dans leur relation à l'autre dans leur vie personnelle avec « plus d'écoute et d'**empathie** » comme le dit le Mg 4. Il détaille en expliquant que l'hypnose lui a permis de « **regarder mieux** les personnes quand elles parlent, écouter aussi bien le non verbal et le gestuel accompagnant un discours » et d'avoir « moins d'interprétation, dans la mesure du possible ».
Pour le Mg 12 cela l'a amené à « une plus grande empathie pour l'autre, sans jugement avec un espoir de mieux aider l'autre » et « une meilleure compréhension des difficultés des relations humaines ».
Le Mg 6 se trouve aussi « moins impulsif, et plus empathique ».

5.2.4 Une amélioration de la relation de confiance

84% des patients interrogés dans notre étude ont dit que l'approche hypnotique avait **modifié positivement** » la relation qu'ils avaient avec leur médecin, et parmi eux 80% ont cité une meilleure relation de confiance, ce qui en fait un des arguments phares de ces questionnaires.
Deux d'entre eux l'ont également citée comme condition sine qua non à l'utilisation de l'hypnose: « Avant d'entamer cette démarche, il faut avoir une relation de confiance avec son médecin » (p12). Et au p7 de rajouter « Il faut trouver le bon médecin avec qui une relation de confiance pourra s'installer ».

[24] Carl Rogers a intentionnellement remplacé le « patient » par le « client ». Il tenait particulièrement à cette terminologie qu'il ne s'agit pas d'entendre avec une connotation marchande, mais pour signifier que le Client est acteur de sa thérapie et non pas passif comme induit par le mot « patient », selon Aline Lascorz.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

La thérapie par hypnose se construit à partir d'une relation, une interaction entre deux sujets de l'hypnose : un praticien de l'hypnose et un patient. Qu'elle soit la cause ou la conséquence de la relation, la confiance est essentielle au bon déroulement de la consultation.

Selon Monsieur Jean-Claude Lavaud, psychologue et président du Collège d'Hypnose de l'Océan Indien, « *cette interaction n'est évidemment possible que s'il y a une relation de confiance entre les deux sujets* ». Puis il rajoute : « *Elle permet alors de s'influencer mutuellement et de laisser se faire une modification, soit spontanément soit un peu plus tard sur ce que l'on veut et peut changer.* »

Elle est centrale dans la nouvelle dynamique relationnelle instaurée entre le praticien et son patient.

5.2.5 Une nouvelle « présence » à l'autre

> ***"Apprenez vos théories aussi bien que vous le pouvez, puis mettez-les de côté quand vous entrez en contact avec le vivant miracle de l'âme humaine." C.G Jung.***

La connaissance technique de l'hypnose est importante, mais comme nous l'avons vu aussi dans les commentaires des praticiens de l'étude, elle n'est pas une fin en soi. L'hypnose se base sur une dimension fondamentale qui est la présence à l'autre. Celle-ci nécessite de s'appuyer, selon le Dr Bioy, sur le patient et ce qu'il amène en entretien.(39)
« *L'agent actif dans l'hypnose n'est pas l'ensemble des mots tels qu'ils sont prononcés, mais la qualité du rapport thérapeutique qui s'est construit* » nous dit le Dr Michaux.(18)
Le Mg 13 parle également de « meilleure connaissance de moi-même » et le Mg 14 de « meilleure présence à moi et aux autres ».
L'état de présence est décrit comme étant à la base des conditions fondamentales de la relation thérapeutique selon Rogers.
Selon le docteur Bioy, la présence est la **façon d'être avec le patient** qui va engendrer une relation.
Elle est définie par Craig en 1986 comme le fait d'être « *pleinement dans l'instant présent avec et pour le patient,* ***en laissant de côté d'éventuels objectifs pour soi-même*** ».
L'hypnose peut donc être décrite comme une **thérapie de l'attention** qui va permettre au médecin généraliste de se centrer sur son patient, comme le demande la wonca. Elle va permettre de remettre de l'humanité dans la relation thérapeutique, avec moins de jugement, et moins d'interprétation, comme l'ont mentionné plusieurs des Mg de ce travail.

5.2.6 Une relation qui soigne ?

Et si, comme l'avait dit le Mg 15, l'amélioration de la relation médecin/patient en elle-même primait sur l'amélioration des symptômes ? Si cette relation suffisait à soigner, à apporter un mieux-être au patient ? Puisque c'est dans une relation de confiance que le patient va se laisser accompagner au mieux afin de mobiliser ses propres ressources, il va ainsi pouvoir obtenir plus de résultats et de changements.
L'enthousiasme des patients de l'étude s'adresse en grande partie aux médecins qui ont « fait » de l'hypnose avec eux. Ces mêmes patients qui ont parlé d'une amélioration de leur approche relationnelle avec leur médecin.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Cette meilleure présence dans la relation a ainsi pu participer à leur état de mieux-être, si ce n'est à l'amélioration de leur symptôme.
Car comme l'ont dit déjà en 1972 Sheperd, Brown et Greaves « *Etre pleinement présent à une autre personne et pleinement humain avec elle est considéré comme* ***thérapeutique en soi*** ». (118)

5.3 L'avenir de l'hypnose thérapeutique en médecine générale

> ***"One might ask why has medicine not made greater use of hypnosis? The answer to this question is simple-ignorance." Turner & William, 1959(32)***

Depuis de nombreuses années, le lien direct avec le patient en médecine s'est estompé au profit d'une technicité qui a pris toute la place. Mais on constate progressivement une inversion des tendances.
Les patients savent à nouveau apprécier que les médecins passent du temps avec eux, et ils aiment se sentir écoutés et compris. Ils sont de plus en plus nombreux à s'intéresser aux autres méthodes alternatives ou complémentaires à la médecine traditionnelle.

En 2007, une enquête nationale américaine s'est intéressée à l'avis de 648 pédiatres sur les médecines alternatives et complémentaires (99) (MAC). Il en ressort que 71% envisagent d'orienter les patients vers ces MAC dont l'hypnose fait partie, et une grande majorité (84%) déclarent vouloir plus de cours en formation médicale continue sur les MAC. Mais seulement 37% des pédiatres interrogés questionnent leurs patients sur des MAC dans leur anamnèse initiale.
L'étude datant d'il y a 6 ans, on peut penser que l'information sur l'hypnose a mieux circulé entre les soignants et avec les patients, et qu'il en sera de même en France et dans le futur.

Une autre étude sortie en 2010 aux Etats-Unis a analysé l'intention de traitement par hypnose de 115 patients d'un hôpital dans le but de contrôler les effets secondaires du cancer ou de son traitement. Les résultats montrent qu'une grande majorité d'entre eux (89%) seraient prêts à utiliser l'hypnose comme moyen thérapeutique.(119)
Cette large acceptation de l'hypnose plaide alors pour une plus grande diffusion de cet outil thérapeutique.

Pour rappel, 60% des médecins de notre étude disent ne pas avoir entendu parler d'hypnose pendant leur cursus universitaire et 95% pense qu'une initiation à l'hypnose au cours des études médicales serait intéressante. Même si leur opinion peut être biaisée par le fait qu'ils sont très majoritairement satisfaits de cet apprentissage, pourquoi ne pas envisager de présenter l'hypnose médicale comme outil de prise en charge pendant le tronc commun des études, sans attendre les diplômes universitaires complémentaires ?
Et pourquoi ne pas proposer, comme le dit le Mg 22 que l'hypnose fasse « partie des boîtes à outils de tous les médecins généralistes ou non, des dentistes ou des sages-femmes et des infirmières ».

Si l'on s'intéresse aux patients de cette étude, même si elle comporte des biais et n'offre pas un grand échantillon de patients, la majorité de ceux-ci **(64%)** n'a trouvé **aucun inconvénient** à l'utilisation de l'hypnose en médecine générale mais **28%** a coché la case « **technique peu connue** » dont un a précisé dans les commentaires que c'était plutôt une technique « mal » connue.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

L'intérêt pour l'hypnose est croissant car il existe de la part des patients une demande importante pour des thérapeutiques non médicamenteuses avec potentiellement moins d'effets secondaires.
Il serait donc intéressant d'optimiser l'information à délivrer aux médecins mais également aux patients, car ce sont les premiers à être concernés.

L'étude sur les pédiatres américains nous montre qu'il serait certainement utile de questionner aussi de façon plus systématique nos patients sur leurs habitudes de recours aux médecines alternatives et complémentaires. (cf annexe 9)

Mais au-delà de l'aspect thérapeutique, il serait intéressant dans l'avenir d'envisager la pratique de l'hypnose, comme le dit François Roustang, comme pouvant être également « *l'exercice d'un* ***art de vivre"…***

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

CONCLUSION

Malgré les nombreuses représentations de l'hypnose que nous avons vues dans la première partie de ce travail, celle-ci sort maintenant de son ghetto. Elle est redécouverte de façon prometteuse, à la lueur des données les plus avant-gardistes de la médecine et de la neuro-imagerie fonctionnelle.

Cette technique permet au patient de « *sortir de ses limites habituelles et de réorganiser son fonctionnement cognitif* » selon Antoine Bioy. Et le travail thérapeutique repose alors sur la sollicitation des ressources de l'inconscient afin d'obtenir une reprogrammation mentale et comportementale. Le champ des possibles en termes d'indications thérapeutiques parait presque infini.

La pratique de l'hypnose a ainsi le vent en poupe depuis plusieurs années et elle en fait profiter de nombreuses spécialités médicales. Son efficacité n'est d'ailleurs plus à prouver en anesthésie par exemple. Mais son intérêt en médecine générale est encore récent.

Grâce à cette double étude menée chez 22 médecins généralistes de La Réunion formés à l'hypnose et chez 43 de leurs patients, l'hypnose apparait comme un outil utile à la pratique de la médecine générale, qu'elle soit pratiquée en libéral ou dans divers établissements de santé.
En effet, il résulte de cette étude que la pratique de l'hypnose thérapeutique est **faisable** en termes d'organisation, même si elle nécessite des aménagements (temps dédiés spécifiquement à l'hypnose et mise en place de consultations sur rendez-vous notamment). On constate aussi une **réelle applicabilité en médecine générale**: les **champs d'application** tels que la douleur (aigüe, chronique ou provoquée par les soins), les troubles anxieux, les troubles psychosomatiques ou de l'humeur, parmi les principaux, sont **appropriés** aux motifs de consultation d'un médecin généraliste. Et l'utilisation de l'hypnose est **quotidienne pour plus de la moitié des praticiens interrogés**.

Si l'on s'intéresse à **l'efficacité thérapeutique ressentie**, les réponses sont aussi très positives : lorsqu'ils ont utilisé l'hypnose, les médecins généralistes se disent **tous satisfaits** des résultats obtenus, et 80% disent l'être « souvent ». 71% estiment également avoir constaté une diminution de prescription médicamenteuse concomitante.

82% d'entre eux expliquent s'être **épanouis professionnellement**, et il ressort des réponses ouvertes une démarche intéressante de développement personnel, une meilleure connaissance de soi, un **allo-centrage**, une **meilleure façon de communiquer** ainsi qu'une **prise de recul** qui leur sont bénéfiques.
De par leur formation à l'hypnose, 90% parlent d'une **modification positive de leur image de médecin** grâce à un **travail plus valorisé et plus diversifié**.
Quant aux patients, l'efficacité thérapeutique ressentie est retrouvée chez **77%** d'entre eux et 88% disent qu'ils conseilleraient une prise en charge par approche hypnotique à leurs proches.

Mais ce qui ressort de plus frappant dans cette étude menée chez les praticiens est le rôle de l'hypnose dans l'amélioration de leur rapport au patient : cette **nouvelle dynamique relationnelle** passe par un meilleur accueil et une approche plus globale du patient principalement.
Du point de vue des patients, 84% ont dit également que l'approche hypnotique avait modifié positivement la relation qu'ils avaient avec leur médecin, et ce grâce à une **meilleure relation de confiance** et un **allongement du temps d'écoute**.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Cette amélioration relationnelle qui se focalise un peu plus sur le patient dans sa complexité environnementale, biologique et socio-psychologique s'inscrit bien dans la pratique du modèle de Engel, modèle de la santé et de la maladie le plus abouti dont nous disposons actuellement.

Selon sa définition la plus reconnue, la médecine générale se doit également de se centrer sur son patient tout en l'abordant dans sa globalité.
L'hypnose, en tant que processus d'adaptation et de modulation des apprentissages, va même au-delà de ces objectifs, et permet une nouvelle « présence » à l'autre qui déborde du cadre thérapeutique, et rend le patient plus actif. Elle permet au médecin généraliste de l'aider notamment dans la gestion de l'anxiété et de la douleur, qui teintent de nombreuses consultations, quelque-soit la structure d'accueil du patient.

Cependant les limites principales à l'utilisation de l'hypnose en médecine générale sont le manque de temps et la rentabilité financière, **inconvénients plus marqués pour les généralistes libéraux**, sans pour autant que leur degré de satisfaction n'en soit affecté.

L'utilisation de l'hypnose apparait donc malgré tout comme **pertinente** en médecine générale, en consultations libérales en cabinets ou dans d'autres structures de soin, même si son efficience reste difficile à prouver avec ce travail. Les biais principaux résidant principalement dans la difficulté de standardiser des données qualitatives.

Des études standardisées ultérieures auraient le mérite d'apporter des précisions quant à la rentabilité financière exacte de cet outil thérapeutique, car en diminuant la prescription médicamenteuse concomitante, le gain en termes d'économie de santé ne serait pas négligeable, et compenserait alors une augmentation de la rémunération d'une consultation plus longue. Même si les problèmes de définition de l'hypnose rendent difficiles les consensus expérimentaux pour conduire ces études.
Aux vues des limites de notre double étude, il serait intéressant malgré tout d'en réaliser une autre avec des échantillons plus importants, un rapporteur extérieur pour le recueil de données pour s'affranchir de l'influence du médecin. Les formulaires devraient contenir plus de questions ouvertes et des échelles d'évaluations standardisées comme celles de la douleur ou de la qualité de vie par exemple.

Dans l'avenir, il serait utile que l'hypnose soit abordée plus précocement dans le cursus universitaire et que la diffusion de l'information sur cet outil soit améliorée tant au niveau de médecins que des patients, qui sont de plus en plus demandeurs. Car l'hypnose profite à tous les acteurs : le patient est plus autonomisé et le médecin plus valorisé, et surtout le bénéfice sur la relation entre les deux dépasse même l'amélioration du symptôme.

L'hypnose est donc utile en médecine générale et a certainement de beaux jours devant elle. D'autant plus dans une société où l'hyper-médicalisation satisfait presqu'autant qu'elle inquiète et fait se tourner les patients vers des techniques complémentaires pour calmer leurs maux.
Elle restera probablement positionnée sur l'échiquier scientifique des thérapies modernes, à moins que, comme le dit le Dr Salem, « *elle ne connaisse, une fois de plus, un nouveau déclin, pour se tapir dans le maquis de nos mémoires*. »

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

BIBLIOGRAPHIE

1. Al VB et. Représentations, comportements et obésité. Nutrition/Obésité. 2 avr 2008;Volume 151(13):848‑853.

2. Michaux D. La représentation sociale de l'hypnose : conséquences sur la connaissance et la pratique de l'hypnose. Perspect Psychiatr. 2005;4(5):341‑345.

3. Bioy A. L'hypnose. Interéditions; 2007.

4. Kupers R, Faymonville M-E, Laureys S. The cognitive modulation of pain: hypnosis- and placebo-induced analgesia. Prog Brain Res. 2005;150:251‑269.

5. Rossi EL. Hypnosis and ultradian cycles: A new state(s) theory of hypnosis? Am J Clin Hypn. 1982;25(1):21‑32.

6. Guichard-Bouju J. Ressenti des patients sur l'hypnose en médecine générale. Enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de patients, certains en ayant eu l'expérience et d'autres ne connaissant pas l'hypnose. [Rennes]: Rennes; 2013.

7. Bernheim H. Hypnotisme, suggestion , psychothérapie : études nouvelles. Octave Doin. Paris; 1896.

8. Laurens S. De la suggestion pendant l'hypnose à la suggestion d'hypnose. LÉvolution Psychiatr. avr 2005;70(2):466‑468.

9. Joule R-V, Beauvois J-L. Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens. Pug. 1987.

10. Vanhaudenhuyse A, Boveroux P, Boly M, Schnakers C, Bruno M-A, Kirsch M, et al. Hypnose et perception de la douleur. Rev Médicale Liège [Internet]. 2008 [cité 27 sept 2013];63(5-6). Disponible sur: http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/2394

11. Reineri F, Joussellin C, Becchio J, Gourdet S. L'hypnose en consultation de médecine générale libérale. juill 1997;(49).

12. Hilgard E. Hypnotic suggestibility. New-York; 1965.

13. Brune E. De la transe à l'hypnose. Récit de voyage en terrain glissant. Éditions Bernard Gilson. Éditions Bernard Gilson; 2006.

14. Descloux F, Grosjean A. Les représentations sociales de l'hypnose : une réflexion sur son acceptation dans les soins. [Lausanne]: Haute Ecole de Santé De Suisse Occidentale; 2012.

15. Roustang F. Il suffit d'un geste. Odile Jacob. Odile Jacob; 2003.

16. Formation Hypnose : Institut Français d'Hypnose Ericksonienne & Nouvelle Hypnose [Internet]. [cité 1 sept 2013]. Disponible sur: http://www.hypnose-ericksonienne.com

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

17. Brune. L'hypnose, le thérapeute et la science [Internet]. Sci. Hum. 2006 [cité 16 sept 2013]. Disponible sur: http://www.scienceshumaines.com/l-hypnose-le-therapeute-et-la-science_fr_14723.html

18. Michaux D, Halfon Y, Wood C. Manuel d'hypnose pour les professionnels de santé. Maloine. 2011.

19. Bellet P. L'abbe de Faria: l'inventeur de la suggestion hypnotique. Hypnose et Thérapies brèves. 2008;(6):70‑71.

20. Salem G. Survol historique. Httpwwwem-Premiumcomezproxyu-Bordeaux2frdatabooks9782294701146BODYB9782294701146500014 [Internet]. 7 oct 2011 [cité 30 sept 2013]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.ezproxy.u-bordeaux2.fr/article/661430/resultatrecherche/10

21. Braid J. Neurohypnologie, Traité du Sommeil Nerveux ou Hypnotisme. (traduit par Jules Simon). Delahaye et Lecrosnier. Paris; 1883.

22. Hammond DC. Hypnosis as sole anesthesia for major surgeries: historical & contemporary perspectives. Am J Clin Hypn. oct 2008;51(2):101‑121.

23. Gascon L. L'hypnose médicale: du sommeil à l'éveil.Réflexions sur l'histoire de l'hypnose. Nancy; 2007.

24. Janet P. L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Félix Alcan. Paris; 1889.

25. Rossi EL, Rossi KL. La Nouvelle approche neuroscientifique de la Psychothérapie, de l'Hypnose Thérapeutique et de la Réadaptation: Un Dialogue Créatif avec Nos Gênes. 2008 [cité 3 oct 2013]; Disponible sur: http://www.ernestrossi.com/documents/frenchfreebookver1.pdf

26. Malarewicz J-A, Godin J. Milton H. Erickson: De l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique. ESF. 1994.

27. Haley J. Un thérapeute hors du commun: Milton H. Erickson. Desclée de Brouwer. 1984.

28. Chertok L. hypnose et suggestion. 2ème éd. PUF; 1993.

29. Stengers I. Importance de l'hypnose. Synthelabo. 1993.

30. Roustang. Qu'est ce que l'hypnose? Minuit. 1993.

31. Salem G, Bonvin E. Soigner par l'hypnose. Elsevier Masson. Elsevier Masson; 2012.

32. Turner DW, Williams III AS. Medical hypnosis. J Natl Med Assoc. 1959;51(1):40.

33. Chernenkoff W. What Do I Tell Them About Medical Hypnosis? Can Fam Physician. 1971;17(10):77.

34. Godin J. La nouvelle hypnose : Vocabulaire, principes et méthode. Albin Michel; 1992.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

35. Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J. Rapport de l'ANM sur les Thérapies complémentaires-acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi-leur place parmi les ressources de soins [Internet]. Paris: Académie Nationale de Médecine; 2013 mars. Disponible sur: http://www.actusectarisme.com/IMG/pdf/4.rapport_Therapies_complementaires1_cle49b3fe.pdf

36. Bonvin E. L'hypnose thérapeutique-un art relationnel jouant de l'attention dans l'intention de soigner. Swiss Arch Neurol Psychiatr. 2012;163(8):286‑92.

37. Michaux D. Aspects expérimentaux et cliniques de l'hypnose. [Paris VII]: Paris VII; 1982.

38. Benhaiem J-M. L'hypnose aujourd'hui. In Press. Paris; 2012.

39. Bioy A, Wood C, Célestin-Lhopiteau. L'aide-mémoire d'hypnose en 50 notions. Dunod. 2010.

40. Bioy A. Hypnose et douleur : connaissances actuelles et perspectives. Rev Médicale Suisse. 27 juin 2012;Volume 347(25):1399‑1403.

41. Erickson MH, Rossi EL, Rossi SI. Traité pratique de l'hypnose. Grancher. 2006.

42. Montgomery GH, Schnur JB, David D. The impact of hypnotic suggestibility in clinical care settings. Int J Clin Exp Hypn. juill 2011;59(3):294‑309.

43. Watzlawick P, Helmick Beavin J, Jackson DD. Une logique de la communication. Du Seuil. Du Seuil; mai.

44. Lang EV, Hatsiopoulou O, Koch T, Berbaum K, Lutgendorf S, Kettenmann E, et al. Can words hurt? Patient–provider interactions during invasive procedures. Pain. mars 2005;114(1–2):303‑309.

45. Erickson MH, Malarewicz J-A, Fleiss J. L'hypnose thérapeutique. Quatre conférences. esf. esf; 2009.

46. Erickson MH, Rossi EL. L'intégrale des articles de Milton H. Erickson: De la nature de l'hypnose et de la suggestion. New York; 1980.

47. Watzlawick P. Le langage du changement. Du Seuil. Du Seuil; 1986.

48. Hilgard ER, Morgan AH, Macdonald H. Pain and dissociation in the cold pressor test: a study of hypnotic analgesia with « hidden reports » through automatic key pressing and automatic talking. J Abnorm Psychol. juin 1975;84(3):280‑289.

49. Bick CH. EEG mapping including patients with normal and altered states of hypnotic consciousness under the parameter of posthypnosis. Int J Neurosci. juill 1989;47(1-2):15‑30.

50. Sabourin ME, Cutcomb SD, Crawford HJ, Pribram K. EEG correlates of hypnotic susceptibility and hypnotic trance: spectral analysis and coherence. Int J Psychophysiol. déc 1990;10(2):125‑142.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

51. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. Biol Psychiatry. 1 févr 1999;45(3):327‑333.

52. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. Anesthesiology. mai 2000;92(5):1257‑1267.

53. Collot E. Hypnose et hypnothérapie. Httpwwwem-Premiumcomezproxyu-Bordeaux2frdatatraitesps37-25555 [Internet]. [cité 30 sept 2013]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.ezproxy.u-bordeaux2.fr/article/12185/resultatrecherche/1

54. Hick G, Kirsch M, Brichant J-F, Faymonville M-E, Abback A rédigé par P-S, Chousterman B. TEMPS FORTS DU CONGRÈS SFAR 2011 - Hypnose en anesthésie. Httpwwwem-Premiumcomezproxyu-Bordeaux2frdatarevues12797960001701HS11 [Internet]. 22 févr 2013 [cité 27 sept 2013]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.ezproxy.u-bordeaux2.fr/article/789790/resultatrecherche/12

55. Faymonville ME. [Cerebral mechanisms of hypnosis]. Bull Mém Académie R Médecine Belg. 2004;159(7-9):447‑460; discussion 460‑463.

56. Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. J Cogn Neurosci. janv 1999;11(1):110‑125.

57. L'hypnose, pour éteindre la douleur [Internet]. Le Monde.fr. [cité 23 oct 2013]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/vous/article/2012/08/04/l-hypnose-pour-eteindre-la-douleur_1742484_3238.html

58. Stoelb BL, Molton IR, Jensen MP, Patterson Dr. The efficacy of hypnotic analgesia in adults: a review of the litterature. Contemp Hypn J Br Soc Exp Clin Hypn. 1 mars 2009;26(1):24‑39.

59. Galy M, Anidjar S. Pourquoi l'anesthésiste utilise t'il l'hypnose? Janvier 2012. janv 2012;5248-5249.

60. Lucas MM, Languenan N. L'hypnose et la sophrologie ont-elles une place pour diminuer l'anxiété préopératoire? Congrès Société Francaise D'Anesthésie Réanimation [Internet]. 2009 [cité 23 oct 2013]; Disponible sur: http://sfar.org/acta/dossier/2009/pdf/c0008.fm.pdf

61. Massol P. Chirurgie: un anévrisme de l'aorte abdominale opéré sous hypnose. avr 2013;5299:p19.

62. Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. The Lancet. avr 2000;355(9214):1486‑1490.

63. Jugé C, Tubert-Jeannin S. Effets de l'hypnose lors des soins dentaires. Presse Médicale. avr 2013;42(4):e114‑e124.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

64. Al-Harasi S, Ashley PF, Moles DR, Parekh S, Walters V. Hypnosis for children undergoing dental treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(8):CD007154.

65. Hammond DC. Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. Int J Clin Exp Hypn. avr 2007;55(2):207‑219.

66. Wakeman JR, Kaplan JZ. An experimental study of hypnosis in painful burns. Am J Clin Hypn. juill 1978;21(1):3‑12.

67. Elkins G, Jensen MP, Patterson DR. Hypnotherapy for the Management of Chronic Pain. Int J Clin Exp Hypn. juill 2007;55(3):275‑287.

68. Pellegrini M. L'hypnose éricksonienne dans la prise en charge de la douleur chronique. Douleurs Eval - Diagn - Trait. avr 2008;9(2):65‑70.

69. Gay M-C, Philippot P, Luminet O. Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain: a comparison of Erikson [correction of Erickson] hypnosis and Jacobson relaxation. Eur J Pain Lond Engl. 2002;6(1):1‑16.

70. SFMG. Comment bien prescrire un opioïde fort dans les douleurs aigües. Editions médicales. oct 2012;7.

71. Häuser W, Bernardy K, Uçeyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. JAMA J Am Med Assoc. 14 janv 2009;301(2):198‑209.

72. Derbyshire SWG, Whalley MG, Oakley DA. Fibromyalgia pain and its modulation by hypnotic and non-hypnotic suggestion: An fMRI analysis. Eur J Pain. mai 2009;13(5):542‑550.

73. Jensen MP, Barber J, Romano JM, Molton IR, Raichle KA, Osborne TL, et al. A Comparison of Self-Hypnosis Versus Progressive Muscle Relaxation in Patients With Multiple Sclerosis and Chronic Pain. Int J Clin Exp Hypn. avr 2009;57(2):198‑221.

74. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Recommandations de Bonne Pratique : Prise en charge médicamenteuse de la douleur aigüe et chronique chez l'enfant. 2009 juin p. 13.

75. Liossi C, White P, Hatira P. Randomized clinical trial of local anesthetic versus a combination of local anesthetic with self-hypnosis in the management of pediatric procedure-related pain. Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc. mai 2006;25(3):307‑315.

76. Chastel A. Evaluation de l'influence de l'hypnose sur la douleur et l'anxiété de l'enfant lors d'un geste vaccinal en médecine générale. Rennes I; 2011.

77. Zeltzer LK, Dolgin MJ, LeBaron S, LeBaron C. A randomized, controlled study of behavioral intervention for chemotherapy distress in children with cancer. Pediatrics. juill 1991;88(1):34‑42.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

78. Huang T, Shu X, Huang YS, Cheuk DK. Complementary and miscellaneous interventions for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [cité 4 sept 2013]. Disponible sur: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005230.pub2/abstract

79. Al DS et. L'hypnose et les troubles anxieux. Psychiatr Liaison. 17 févr 2010;Volume 236(6):330‑333.

80. Bigay Game L, Bergia J-M, Lepage S, Campergue M-C, Mazieres J. Évaluation de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur chez les patients souffrant d'un cancer bronchique avec métastases osseuses. Douleurs Eval - Diagn - Trait. nov 2012;13:A80‑A81.

81. Burlaud A. Hypnose en gériatrie : un outil thérapeutique supplémentaire. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie [Internet]. mai 2013 [cité 7 nov 2013]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.ezproxy.u-bordeaux2.fr/article/807874/resultatrecherche/11

82. Landolt AS, Milling LS. The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: a comprehensive methodological review. Clin Psychol Rev. août 2011;31(6):1022‑1031.

83. Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cité 4 sept 2013]. Disponible sur: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009356.pub2/abstract

84. Edward JF. Medical Hypnosis. Can Fam Physician. 1968;14(9):29.

85. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. J Psychosom Res. avr 2004;56(4):391‑408.

86. Collot E. Hypnose et hypnothérapie. 2002 [cité 3 oct 2013]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.ezproxy.u-bordeaux2.fr/article/12185/resultatrecherche/1

87. Pretorius E. The role of alternative and complementary treatments of asthma. Acupunct Electrother Res. 2009;34(1-2):15‑26.

88. Brown D. Evidence-based hypnotherapy for asthma: a critical review. Int J Clin Exp Hypn. avr 2007;55(2):220‑249.

89. Bronstein J.Ariel. L'intestin irritable. 24 mars 2009 [cité 5 juin 2013];(131).

90. Webb AN, Kukuruzovic R, Catto-Smith AG, Sawyer SM. Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome. The Cochrane Collaboration, Webb AN, éditeurs. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 17 oct 2007 [cité 24 sept 2013];

91. Kisely SR, Campbell LA, Yelland MJ, Paydar A. Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy. The Cochrane Collaboration, Kisely SR, éditeurs. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 13 juin 2012 [cité 24 sept 2013];

92. Queneau P. Panorama du médecin. 7 déc 2009;(5166).

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

93. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2010 [cité 3 sept 2013].

94. Hartman BJ. The uses of hypnosis in general medical practice. J Natl Med Assoc. mai 1967;59(3):209‑209,15.

95. WONCA W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Franccais Prof Pestaiux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg [Internet]. 2002 [cité 22 oct 2013];

96. Conseil National Des Généralistes Enseignants. Médecine générale: concepts et pratiques. Masson. Paris: Masson; 1996.

97. ARS. Schéma d'organisation des soins (SOS PRS). 2012;300.

98. Bourgueil Y. IRDES: Rapport d'activité 2009. 2010;149.

99. Sawni A, Thomas R. Pediatricians' attitudes, experience and referral patterns regarding complementary/alternative medicine: a national survey. BMC Complement Altern Med. 2007;7(1):18.

100. Gallet E. Indication et pratique de l'hypnose médicale, en médecine générale Enquête de pratique chez des médecins généralistes formés à l'hypnose médicale. Tours; 2011.

101. Desmars C. Interet de la pratique de l'hypnose ericksonienne en médecine générale : enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes formés à l'hypnose ericksonienne. [Clermont-Ferrand]; 2011.

102. SFMG. Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale (révision 2010). juin 2010;(66-70):324.

103. Berthoz A, Jorland G. L'empathie. Odile Jacob; 2004.

104. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes: une synthèse des données disponibles. juill 2009;(144):8.

105. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. IRDES. juin 2010;(547):258.

106. Brosseau G, Sitbon H. L'hypnothérapie en 10 questions:le témoignage de Gaston Brosseau. déc 2005;44(5):381‑383.

107. Bateson G. Vers une écologie de l'esprit. du Seuil. Paris; 1977.

108. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 8 avr 1977;196(4286):129‑136.

109. SMITH RC. The Biopsychosocial Revolution. J Gen Intern Med. avr 2002;17(4):309‑310.

110. Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Médecine Sport. 11 août 2010;Volume 258(28):1511‑1513.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

111. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. mai 1980;137(5):535‑544.

112. Loeb P. Traitement de l'anxiété en médecine générale. PrimaryCare. 2012;12(15):284.

113. Norton J, De Roquefeuil G, David M, Boutenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire: adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. Encéphale. 35(6):560‑569.

114. Tajfel P, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale. Douleur Analgésie. 1 mars 2002;15(1):71‑79.

115. Prévalence et prise en charge de la douleur à l'hôpital. Httpwwwem-Premiumcomezproxyu-Bordeaux2frdatarevues0755498200300012572 [Internet]. 21 févr 2008 [cité 6 nov 2013]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.ezproxy.u-bordeaux2.fr/article/91558/resultatrecherche/17

116. Eschalier A, Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Langley P, et al. Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15000 personnes adultes. Douleurs Eval - Diagn - Trait. févr 2013;14(1):4‑15.

117. Gueli S, Van Rintel S. Les concepts rogériens en regard de l'approche «Choisir-Obtenir-Garder du Soutien en Emploi» de l'Université de Boston: des liens forts... [cité 19 nov 2013];

118. Geller SM, Greenberg LS. Therapeutic Presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. 1972;1(1 et 2):86.

119. Sohl SJ, Stossel L, Schnur JB, Tatrow K, Gherman A, Montgomery GH. Intentions to use hypnosis to control the side effects of cancer and its treatment. Am J Clin Hypn. oct 2010;53(2):93‑100.

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

ANNEXES

Annexe 1. Lettre d'accompagnement adressée aux médecins généralistes recrutés dans l'étude médecins, expliquant les modalités des deux questionnaires et la méthodologie

Marie Brel
32 rue du St Alexis, app 31
97434 St Gilles les bains

06-92-69-62-50

marie.brel5@gmail.com

Directeur de thèse : Dr Laurent Cruanes
cruanes@yahoo.fr

Intérêt de la pratique de l'hypnose thérapeutique réalisée par des médecins généralistes en cabinet de médecine générale et en établissements de santé pri et publics sur l'île de La Réunion.

Chers confrères,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je souhaite évaluer l'intérêt de l'hypnose thérapeutique en consultation de médecine générale.

En effet, les connaissances et outils mis à la disposition des médecins sont nombreux pour tenter de répondre aux attentes de leurs patients et obtenir un état de "mieux-être".

L'hypnose thérapeutique est une méthode qui s'inscrit dans une vision globale de prise en charge des patients et apporte une **nouvelle dynamique relationnelle**.
Elle reste cependant encore mal connue et n' est enseignée à La Réunion que depuis moins de 10 ans et grâce au diplôme universitaire depuis seulement un an.

L'objectif de cette première étude serait alors de donner des éléments de réponses à la question:
Pourquoi et comment utiliser l'hypnose en médecine générale?
Comment l'utiliser en pratique ? Quel est son impact sur:
-L'efficacité thérapeutique?
-La relation médecin/ malade?
-L'épanouissement personnel et/ou professionnel du médecin?
-La satisfaction du patient?

Je sollicite alors votre participation à cette étude sur deux points:
- Répondre à un questionnaire en ligne destiné aux médecins formés à l'hypnose , traitant du mode d'exercice professionnel, de la formation à l'hypnose, de son utilisation (ou pas) avec les patients et du ressenti du soignant.
Lien du questionnaire :
https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?usp=drive_web&formkey=dDBrR0I1Q1d6a3kzVXM4dTB0Q3lhWHc6MQ#gid=0

- et proposer éventuellement à vos patients chez qui vous avez utilisé l'hypnose comme outil thérapeutique (hypnose conversationnelle ou en séance) de répondre à un questionnaire d'évaluation

rapide (format en ligne ou papier, déposés en plusieurs exemplaires sur votre lieu d'exercice).
Lien du questionnaire :
https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?usp=drive_web&formkey=dGFHUm1vZVlYVnliOEJ2SWhQR3NBcHc6MQ#gid=0

Les 2 questionnaires sont anonymes et relativement succincts.
Si vous n'utilisez pas encore l'hypnose lors de vos consultations, vous pouvez quand-même remplir le premier questionnaire qui me sera très utile.
Si vous utilisez une approche hypnotique (techniques de langage..) pour des gestes ponctuels comme des vaccinations , des sutures ou des pansements, vous pouvez aussi proposer aux patients de répondre au questionnaire en fin de consultation.
Si les patients concernés sont des enfants (moins de 15ans), vous pouvez interroger les parents qui ont assisté à la consultation.

Vous êtes encore peu nombreux à vous être intéressés et formés à l'hypnose sur le département, certains d'entre vous sont même en cours de formation : votre aide m'est d'autant plus importante pour cette étude.

Je me tiens à votre disposition pour vous rencontrer ou pour répondre à d' éventuelles questions par mail ou par téléphone , et je vous remercie encore pour votre **précieuse collaboration.**

Très cordialement, Marie Brel

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Annexe 2 : Questionnaire destiné aux médecins de l'étude

Intérêt de la pratique de l'hypnose en médecine générale : Questionnaire médecins

I. Description de la population étudiée et du mode d'exercice
II. Formation des médecins généralistes à l'hypnose
III. Utilisation pratique de l'hypnose en cabinet
IV. Ressentis du praticien

I. 1. Quel est votre sexe?

- ○ Masculin
- ○ Féminin

I. 2. Quelle est votre année de naissance? [ ]

I. 3. Quelle est votre année d'installation à La Réunion? [ ]

I. 4. Quel est votre lieu d'exercice?

- ○ Cabinet seul
- ○ Cabinet en collaboration avec un (ou des) autre(s) médecins généralistes
- ○ Centre médical (avec des professions paramédicales)
- ○ Cabinets multiples (remplacements)
- ○ Hôpital ou clinique
- ○ Centre anti-douleur
- ○ Autre : [ ]

I.5. Où exercez-vous?

- ○ Dans les Hauts/ Milieu rural

- ○ Dans les Bas / Milieu urbain
- ○ Autre : _____

I.6. Pratiquez-vous des modes d'exercice complémentaires? (en dehors de l'hypnose)

- ☐ Homéopathie
- ☐ Acupuncture
- ☐ Mésothérapie
- ☐ Médecine du sport
- ☐ Ostéopathie
- ☐ Sophrologie
- ☐ Phytothérapie/ Aromathérapie
- ☐ Médecine chinoise
- ☐ Autre : _____

I. 7. Vos consultations sont-elles:

- ○ Avec RDV
- ○ Sans RDV
- ○ Les deux

I.8. Avez-vous un temps dédié pour des séances d'hypnose dans la semaine?

- ○ Oui
- ○ Non

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

I.9. Si oui, lequel?

- ○ Une demi-journée/ semaine
- ○ Une journée / semaine
- ○ Entre 2 et 4 journées / semaine
- ○ Tous les jours
- ○ Horaires spécifiques (entre midi et deux heures, après 18h..)
- ○ Autre : [ ]

II.1.Pourquoi avez-vous choisi de vous former à l'hypnose ? (Quelle a été votre motivation initiale ?

[ ]

II.2. Comment avez-vous été sensibilisés à l'hypnose? (Par qui ou par quels moyens?)

- ☐ Enseignement à la faculté de médecine
- ☐ Stages hospitaliers
- ☐ Stages chez le praticien libéral
- ☐ Lectures
- ☐ Connaissances ayant participé à une formation sur le sujet
- ☐ Patients
- ☐ Curiosité personnelle
- ☐ Autre : [ ]

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

II.3. Aviez-vous déjà entendu parler d'hypnose thérapeutique pendant votre cursus universitaire médical?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Ne se souvient plus

II. 4. Où avez- vous été formés à l'hypnose initialement?

- ☐ La Réunion: Séminaires d'hypnopraxie (Dr Chedeau)
- ☐ La Réunion: par d'autres intervenants
- ☐ Diplôme universitaire en métropole
- ☐ Diplôme universitaire étranger (Belgique, Suisse...)
- ☐ A l' Institut Milton Erickson en métropole
- ☐ A l'Institut Milton Erickson à l'étranger
- ☐ Autre : _____

II.5. Quel a été votre temps de formation initiale théorique à l'hypnose?

- ○ Moins de 5 jours
- ○ Entre 5 et 15 jours
- ○ Entre 15 et 30 jours
- ○ Plus de 30 jours

II. 6. Continuez-vous de vous former?

- ○ Oui
- ○ Non

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

II.7. Si oui, comment?

- ☐ Congrès
- ☐ Lectures
- ☐ Séminaires/ Congrès locaux
- ☐ Séminaires en métropole
- ☐ Séminaires à l'étranger
- ☐ Autre : _____

III.1. Au bout de combien de temps après le début de la formation avez-vous commencé à utiliser l'hypnose avec vos patients ?

- ○ Moins de 3 mois
- ○ Entre 3 et 6 mois
- ○ Entre 6 mois et un an
- ○ Entre 1 et 2 ans
- ○ Entre 2 et 5 ans
- ○ Entre 5 et 10 ans
- ○ Ne l'utilise pas encore

III.2. Utilisez-vous quotidiennement des techniques d'hypnose avec vos patients ?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Ne sait pas

III.3. Avez-vous réalisé des aménagements spécifiques dans votre cabinet afin d'utiliser l'hypnose? (de temps, de lieux...)

- ○ Oui
- ○ Non

III.4. Si oui, lesquels?

- ☐ Plages horaires spécifiques (dédiées à l'hypnose)
- ☐ Prises de rendez-vous
- ☐ Allongement du temps de consultation
- ☐ Ouverture d'une deuxieme salle de consultation
- ☐ Mise en place de nouveau matériel (fauteuil, canapé...)
- ☐ Autre : _____

III.5. Dans quelles indications avez-vous déjà utilisé l'approche hypnotique avec vos patients? (en séances formelles ou en conversationnel)

- ☐ Hypnoanalgésie pour les gestes (sutures, pansements de brûlures, vaccination..)
- ☐ Douleurs aigües (migraines, lumbagos, brûlures, caries dentaires, etc..)
- ☐ Douleurs chroniques (douleurs neuropathiques, cancers, fibromyalgies, arthrose, etc...)
- ☐ Troubles psychosomatiques (troubles fonctionnels intestinaux, troubles du sommeil...)
- ☐ Asthme
- ☐ Affections dermatologiques (eczéma, psoriasis, urticaires..)
- ☐ Troubles anxieux
- ☐ Troubles de l'humeur (Syndrôme dépressif..)

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

- ☐ Enurésie
- ☐ Troubles sexuels
- ☐ Troubles addictifs (alcool, tabac, autres drogues)
- ☐ Troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie)
- ☐ Troubles phobiques
- ☐ Accompagnement diététique
- ☐ Maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle..)
- ☐ Autre : _____

III.5. Dans quelle indication thérapeutique utilisez-vous l'approche hypnotique en priorité? Quelle est l'indication thérapeutique la plus fréquente où vous utilisez l'hypnose? (choisir une seule réponse)

IV.1. Etes-vous satisfait des résultats obtenus avec vos patients dans ces indications?

- ○ Oui, toujours
- ○ Oui, souvent
- ○ Oui, parfois
- ○ Non, rarement
- ○ Non, jamais
- ○ Ne sait pas

IV.2. Vous est-il déjà arrivé de constater une diminution de prescription de médicaments chez vos patients avec qui vous aviez utilisé l'approche hynotique?

- ○ Oui, toujours
- ○ Oui, souvent
- ○ Oui, parfois

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

- ○ Non, rarement
- ○ Non, jamais
- ○ Ne sait pas

IV.3. Si oui, de quelle classe de médicaments?

- ☐ Anxiolytiques
- ☐ Antidépresseurs
- ☐ Hypnotiques
- ☐ Anesthésiques locaux
- ☐ Anti-inflammatoires locaux
- ☐ Antalgiques
- ☐ Traitements injectables
- ☐ Anti-hypertenseurs
- ☐ Autre : _____

IV.4. La formation à l'hypnose a-t-elle modifié positivement votre approche au patient?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Ne sait pas

IV.5. Si oui, à quel niveau?

- ☐ Meilleur accueil du patient
- ☐ Augmentation du temps d'écoute

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

- ☐ Interrogatoire plus détaillé
- ☐ Moins d'interprétation
- ☐ Moins de jugement
- ☐ Meilleure adhésion du patient
- ☐ Approche plus globale
- ☐ Autre :

IV.6. Si non, en quoi?

IV.7. Avec votre formation à l'hypnose, votre travail de médecin vous parait:

- ☐ Plus valorisé
- ☐ Plus reposant
- ☐ Plus contraignant
- ☐ Plus diversifié
- ☐ Plus efficace
- ☐ Plus difficile
- ☐ Identique à avant
- ☐ Autre :

IV.8. La pratique de l'hypnose vous a-t-elle permis de vous épanouir professionnellement?

○ Oui ○ Non ○ Ne sait pas

IV.9. Que vous a apporté l'hypnose d'un point de vue personnel?

IV.10. Quel est votre ressenti général quant à l'utilisation de l'hypnose en médecine générale particulièrement? (relation médecin / malade, efficacité thérapeutique...)

IV. 11. Quelles sont les limites à l'utilisation de l'hypnose en médecine générale selon vous?

- ☐ Le manque de temps
- ☐ L'implication du praticien
- ☐ La réceptivité des patients
- ☐ Les pathologies concernées
- ☐ La formation insuffisante
- ☐ Le manque de pratique lors des formations
- ☐ L'appréhension du médecin
- ☐ Les aprioris des patients
- ☐ La rentabilité financière
- ☐ Autre :

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

IV.12. Une initiation à l'hypnose au cours des études de médecine vous semblerait-elle intéressante?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Ne sait pas

IV.13. Si vous avez d'autres commentaires ou remarques :

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Annexe 3. Lettre d'information adressée aux patients inclus dans l'étude, expliquant les modalités du questionnaire à remplir

Intérêt de la pratique de l'hypnose thérapeutique en médecine générale.

Madame, Monsieur,

Votre médecin participe actuellement à un travail de recherche pour une thèse étudiant l'intérêt de l'utilisation de l'hypnose thérapeutique en consultation de médecine générale.

Cette approche est validée scientifiquement mais est encore mal connue et peu utilisée en particulier en médecine de ville ou hospitalière.

Nous cherchons à évaluer l'intérêt pour les patients d'une telle méthode et à apprécier leur satisfaction.

Afin d'avoir votre avis, nous vous serions très reconnaissants de bien vouloir remplir ce questionnaire rapide.

Il est anonyme et votre médecin n'aura lui-même pas accès à vos réponses (vous remettrez directement le questionnaire dans une enveloppe cachetée)

Il ne vous prendra que quelques minutes de votre temps et votre aide nous sera très utile.

Merci pour votre précieuse collaboration.

Marie Brel
Médecin généraliste responsable de l'étude

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Annexe 4. Questionnaire patient

Hypnose en médecine générale: questionnaire patient

I. Description de la population étudiée
II. Motif de consultation et utilisation de l'hypnose
III. Ressenti du patient (à remplir par le patient lui-même)

I.1 Quel est votre sexe?

○ Masculin ○ Féminin

I.2. Quelle est votre année de naissance? [ ]

I.3. Où êtes-vous nés?

○ A La Réunion

○ En métropole

○ A l'étranger

I.4. Quelle est votre situation professionnelle actuelle?

○ Travailleur actif

○ Retraité

○ Etudiant

○ Sans emploi actuellement

○ Ne souhaite pas répondre

○ Autre : [ ]

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

I.5. Diriez-vous que vous avez une appartenance ethnique , culturelle ou religieuse particulière?

- ☐ Malbare
- ☐ Hindoue
- ☐ Chinoise
- ☐ Malgache
- ☐ Cafre
- ☐ Musulmane
- ☐ Catholique
- ☐ Métropolitaine
- ☐ Aucune
- ☐ Ne souhaite pas répondre
- ☐ Autre : _____

II.1. Pour quel(s) problème(s) de santé avez-vous eu recours à l'hypnose? (veuillez entourer la réponse correspondante si précisée entre parenthèse)

- ☐ Hypnoanalgésie pour les gestes (sutures, pansements de brûlures, vaccination..)
- ☐ Douleurs aigües (migraines, lumbagos, brûlures, caries dentaires, etc..)
- ☐ Douleurs chroniques (douleurs neuropathiques, cancers, fibromyalgies, arthrose, etc...)
- ☐ Troubles psychosomatiques (troubles fonctionnels intestinaux, troubles du sommeil...)
- ☐ Asthme
- ☐ Affections dermatologiques (eczéma, psoriasis, urticaires...)

- ☐ Troubles anxieux
- ☐ Troubles de l'humeur
- ☐ Enurésie
- ☐ Troubles sexuels
- ☐ Troubles addictifs (alcool, tabac, autres drogues..)
- ☐ Troubles phobiques
- ☐ Troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie)
- ☐ Accompagnement diététique
- ☐ Maladies chroniques (acceptation, éducation, observance)
- ☐ Autre : _____

II.2. Aviez-vous déjà essayé d'autres thérapeutiques pour ce probleme de santé?

- ○ Oui
- ○ Non

II.3. Si oui, lesquelles?

- ☐ Médicaments allopathiques (habituels)
- ☐ Médicaments homéopathiques
- ☐ Thérapeutiques culturelles ou familiales (herbages...)
- ☐ Thérapeutiques manuelles (kinésithérapie, ostéopathie, chiropracteurs..)
- ☐ Psychothérapie (consultations psychologue, psychiatre..)
- ☐ Ne souhaite pas répondre
- ☐ Autre : _____

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

II.4. Aviez-vous déjà eu recours auparavant à des médecines dites "alternatives"? ("médecines douces")

- ☐ Médecine manuelle / Ostéopathie
- ☐ Mésothérapie
- ☐ Homéopathie
- ☐ Acupuncture
- ☐ Phytothérapie/ Aromathérapie
- ☐ Médecine chinoise
- ☐ Non, aucune
- ☐ Autre : _____

II. 5. Pourquoi avoir choisi l'hypnose?

- ☐ Echec des autres thérapeutiques
- ☐ Méthode conseillée par un proche
- ☐ Méthode proposée par votre médecin généraliste
- ☐ Adressé par un autre médecin
- ☐ Par curiosité personnelle
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : _____

II. 6. Combien de fois avez-vous eu recours à l'hypnose thérapeutique avec un médecin généraliste?

- ○ C'est la première fois
- ○ Entre 2 et 5 fois

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

- ○ Plus de 5 fois

II.7. Avez-vous ressenti une amélioration des symptômes suite à l'utilisation de l'hypnose? (efficacité thérapeutique)

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Ne sait pas

II.8. Si oui, au bout de combien de temps? (début amélioration du (ou des) symptôme(s))

- ○ Pendant la consultation
- ○ Immédiatement après la première séance d'hypnose
- ○ Après quelques jours
- ○ Après la 2ème séance
- ○ Après plusieurs semaines
- ○ Autre : _____

III. 1. L'approche hypnotique a t-elle modifié positivement la relation que vous avez avec votre médecin?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Ne souhaite pas répondre

III. 2. Si oui, en quoi?

- ☐ Meilleure relation de confiance
- ☐ Temps d'écoute plus long

- ☐ Meilleure compréhension des symptômes
- ☐ Autre : _____

III. 3. Quels sont les inconvénients à être traité par hypnose selon vous?

- ☐ Pas de médicament
- ☐ Technique peu connue
- ☐ Temps de consultation trop long
- ☐ Résultats aléatoires
- ☐ Met trop à contribution le patient
- ☐ Aucun inconvénient
- ☐ Autre : _____

III. 4. Conseilleriez-vous à vos proches une prise en charge par hypnose thérapeutique ?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Ne sait pas

III. 5. Si vous avez d'autres commentaires à faire sur le sujet:

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Annexe 5. Liste des 278 résultats de consultations de la SFMG

Avec indications thérapeutiques possibles de l'hypnose soulignées (liste des indications soulignées non exhaustive)

ABCÈS SUPERFICIEL
ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
ACCÈS ET CRISE
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
ACNÉ VULGAIRE
ACOUPHÈNE
ADÉNOPATHIE
ALBUMINURIE
ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')
ALGODYSTROPHIE
AMAIGRISSEMENT
AMÉNORRHÉE – OLIGOMÉNORRHÉE – HYPOMÉNORRHÉE
ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)
ANÉMIE FERRIPRIVE – CARENCE EN FER
ANÉVRYSME ARTÉRIEL
ANGINE (AMYGDALITE – PHARYNGITE)
ANGOR – INSUFFISANCE CORONARIENNE
ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE
ANOMALIE POSTURALE
ANOREXIE – BOULIMIE
ANXIÉTÉ – ANGOISSE
APHTE
APPÉTIT (PERTE D')
ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS
ARTHROPATHIE PÉRIARTHROPATHIE
ARTHROSE
ASTHÉNIE – FATIGUE
ASTHME
BACTÉRIURIE – PYURIE
BALANOPOSTHITE
BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES
BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES
BOUFFÉES DE CHALEUR
BRONCHIOLITE
BRONCHITE AIGUË
BRONCHITE CHRONIQUE
BRÛLURE
CANAL CARPIEN
CANCER
CATARACTE
CÉPHALÉE
CÉRUMEN (BOUCHON DE)
CERVICALGIE
CHALAZION
CHEVEUX (CHUTE)
CHOLÉCYSTITE
CICATRICE
CIRRHOSE DU FOIE
COCCYDYNIE
COL UTÉRIN (ANOMALIE DU)
COLIQUE (SYNDROME)
COLIQUE NÉPHRÉTIQUE
COMPORTEMENT (TROUBLES)
CONJONCTIVITE
CONSTIPATION
CONTRACEPTION
CONTUSION
CONVULSION FÉBRILE
COR – DURILLON
CORPS ÉTRANGER DANS CAVITÉ NATURELLE
CORPS ÉTRANGER SOUS–CUTANÉ

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

CRAMPE MUSCULAIRE
CYSTITE – CYSTALGIE
DÉCÈS
DÉMENCE
DENT (PATHOLOGIE DE LA)
DÉPRESSION
DERMATOPHYTOSE
DERMATOSE
DERMITE SÉBORRHÉIQUE
DIABÈTE DE TYPE 1
DIABÈTE DE TYPE 2
DIARRHÉE (ISOLÉE, NON INFECTIEUSE)
DIARRHÉE – NAUSÉE – VOMISSEMENT
DIFFICULTÉ SCOLAIRE
DORSALGIE
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
DOULEUR PELVIENNE
DYSLIPIDÉMIE
DYSMÉNORRHÉE
DYSPHAGIE
DYSPNÉE
DYSURIE
ECCHYMOSE SPONTANÉE
ECZÉMA
ECZÉMA FACE DU NOURRISSON
ECZÉMA PALMO–PLANTAIRE DYSHIDROSIQUE
ECZÉMA PALMO–PLANTAIRE FISSURAIRE
ENGELURE
ENROUEMENT
ENTORSE
ÉNURÉSIE PSYCHOGÈNE
ÉPAULE (TÉNOSYNOVITE)
ÉPICONDYLITE
ÉPIGASTRALGIE
ÉPILEPSIE
ÉPISTAXIS
ÉRYSIPÈLE
ÉRYTHÈME FESSIER DU NOURRISSON
ESCARRE
ÉTAT FÉBRILE
ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION
FÉCALOME
FIBRILLATION – FLUTTER AURICULAIRE
FISSURE ANALE
FOLLICULITE SUPERFICIELLE
FRACTURE
FURONCLE – ANTHRAX
GALE
GASTRITE CHRONIQUE
GINGIVITE
GLAUCOME
GOITRE
GOÛT (ANOMALIE DU)
GOUTTE
GROSSESSE
HALLUX VALGUS
HÉMATURIE
HÉMORRAGIE SOUS–CONJONCTIVALE
HÉMORROÏDE
HÉPATITE VIRALE
HERNIE – ÉVENTRATION
HERNIE HIATALE
HERPÈS
HTA
HUMEUR DÉPRESSIVE
HYGROMA
HYPERGLYCÉMIE
HYPERSUDATION
HYPERTHYROÏDIE

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

HYPERURICÉMIE
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE
HYPOTHYROÏDIE
IATROGÈNE – EFFET INDÉSIRABLE D'UNE THÉRAPEUTIQUE
IMPÉTIGO
INCONTINENCE URINAIRE
INFARCTUS DU MYOCARDE
INSOMNIE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
INSUFFISANCE RÉNALE
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
INTERTRIGO
JAMBES LOURDES
KYSTE SÉBACÉ
KYSTE SYNOVIAL
LANGAGE ORAL ET ÉCRIT (TROUBLE DU)
LEUCORRHÉE
LIPOME
LITHIASE BILIAIRE
LITHIASE URINAIRE
LOMBALGIE
LUCITE – ALLERGIE SOLAIRE
LUXATION
LYMPHANGITE
MAL DE GORGE
MALAISE – ÉVANOUISSEMENT
MÉLÉNA
MÉMOIRE (PERTE DE)
MÉNOPAUSE (PROBLÈME ET SUIVI)
MÉNORRAGIE – MÉTRORRAGIE
MÉTÉORISME
MIGRAINE
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM
MOLLUSCUM PENDULUM
MORSURE – GRIFFURE
MUSCLE (ÉLONGATION – DÉCHIRURE)
MYALGIE
NAEVUS
NAUSÉE OU VOMISSEMENT
NERVOSISME
NÉVRALGIE – NÉVRITE
OBÉSITÉ
ŒDÈME DE QUINCKE – URTICAIRE GÉANTE
ŒDÈME LOCALISÉ
ŒDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS
ŒIL (LARMOIEMENT)
ŒIL (TRAUMATISME)
ŒIL (TROUBLE DE LA VISION)
ONGLE (ANOMALIE DE L')
ONGLE (ONYCHOMYCOSE)
ONGLE (TRAUMATISME)
ONGLE INCARNÉ
ORCHI–ÉPIDIDYMITE
ORGELET
OSTÉOCHONDROSE
OSTÉOPOROSE
OTALGIE
OTITE EXTERNE
OTITE MOYENNE
PALPITATION – ÉRÉTHISME CARDIAQUE
PANARIS
PARASITOSE DIGESTIVE
PARESTHÉSIE DES MEMBRES
PARKINSONIEN (SYNDROME)
PHLEGMON DE L'AMYGDALE
PHOBIE
PIED (ANOMALIE STATIQUE)
PIED D'ATHLÈTE
PIQÛRE D'INSECTE
PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

PITYRIASIS VERSICOLOR
PLAIE
PLAINTE ABDOMINALE
PLAINTES POLYMORPHES (TROUBLE SOMATOFORME)
PNEUMOPATHIE AIGUË
POLLAKIURIE
POLYARTHRITE RHUMATOÏDE
POST–PARTUM (COMPLICATION)
PPR – HORTON
PRÉCORDIALGIE
PRÉPUCE ADHÉRENCE – PHIMOSIS
PROBLÈME DE COUPLE
PROBLÈME FAMILIAL
PROBLÈME PROFESSIONNEL
PROCÉDURE ADMINISTRATIVE
PROLAPSUS GÉNITAL
PROSTATE (HYPERTROPHIE)
PROSTATITE
PRURIT GÉNÉRALISÉ
PRURIT LOCALISÉ
PSORIASIS
PSYCHIQUE (TROUBLE)
PYÉLONÉPHRITE AIGUË
RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE
RÉACTION TUBERCULINIQUE
RECTORRAGIES
REFLUX – PYROSIS – ŒSOPHAGITE
RHINITE
RHINOPHARYNGITE – RHUME
RONCHOPATHIE – APNÉE DU SOMMEIL
SCIATIQUE
SCLÉROSE EN PLAQUES
SEIN (AUTRE)
SEIN (TUMÉFACTION)
SÉNILITÉ (SUJET ÂGÉ FRAGILE)
SEXUELLE (DYSFONCTION)
SINUSITE
SOUFFLE CARDIAQUE
STÉNOSE ARTÉRIELLE
STOMATITE – GLOSSITE
SUICIDE (TENTATIVE)
SUITE OPÉRATOIRE
SURCHARGE PONDÉRALE
SURDITÉ
SYNDROME DE RAYNAUD
SYNDROME MANIACO–DÉPRESSIF
SYNDROME PRÉMENSTRUEL
SYNDROME ROTULIEN
TABAGISME
TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE
TARSALGIE – MÉTATARSALGIE
TENDON (RUPTURE)
TÉNOSYNOVITE
THROMBOPHLÉBITE
TIC
TOUX
TOXICOMANIE
TRAC
TRAUMATISME CRÂNIO–CÉRÉBRAL
TREMBLEMENT
TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)
TUMÉFACTION
TYMPAN (PERFORATION TRAUMATIQUE)
ULCÈRE DE JAMBE
ULCÈRE DUODÉNAL
ULCÈRE GASTRIQUE
URÉTRITE
URTICAIRE
UTÉRUS (HYPERTHOPHIE – FIBROME)
VACCINATION

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

VARICELLE
VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS
VERRUE
VERTIGE – ÉTAT VERTIGINEUX
VIH
VULVITE – VAGINITE
ZONA

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Annexe 6. Réponses des médecins à la question ouverte IV.10 : Quel est votre ressenti général quant à l'utilisation de l'hypnose en médecine générale particulièrement?

« Que du bon »
« Relationnel plus intense, moins l'impression d'être un ordonnancier. »
« intérêt dans la relation médecin malade, mais lourde pour le médecin . consultation longue , effort de parole , concentration . »....
« Amélioration de la relation médecin/patient en elle-même , avant l'amélioration des symptômes, d'où intérêt très important pour les médecins généralistes car au coeur d'une relation de confiance, et médecin de famille. »
« Outil thérapeutique trop peu valorise encore en MG. »
« super génial !!! J'ai très envie de développer beaucoup plus l'hypnose dans ma pratique quotidienne »
« Certainement un plus, à commencer, par la relation avec les patients. L'évidence de la globalité de l'être humain, le corps et l'esprit, facilement oublié. »
« Approche plus globale du patient, avec meilleure adhésion. Investissement du médecin dans la relation »
« Bien meilleure approche et compréhension du patient et de sa demande »
« Meilleure " entente thérapeutique" »
« outil supplémentaire et utile dans la pratique de tous les jours »
« en médecine générale j'utilise surtout l'hypnose conversationnelle , c'est très efficace dans la relation médecin malade, dans l'adhésion du traitement , dans la confiance que l'on crée avec le patient quand il se sent "compris" ».
« Ça donne aussi un cadre aux consultations longues pour ne pas se laisser trop envahir. C'est efficace aussi dans la gestion du stress en tant que praticien, je me laisse parfois 5 minutes après une consultation difficile pour me détendre . »
« Impossible sans rendez-vous. Impossible en secteur 1 »
« Indiqué surtout pour dépendances, douleurs, névroses »
« Améliore la relation d'écoute du médecin envers son malade. »
« meilleure qualité de la relation médecin/malade »
« peut être plus efficace que les antalgiques »
« aide pour rendre acteur le patient, méthode respectueuse du patient »
« particulier à la médecine générale: peut permettre de désamorcer des situations avant qu'elles ne se chronicisent plus. »
« Moins de stress chez les patients donc pour équipe aussi »
« selon moi : ne pas en abuser, mais plutôt trouver le bon moment, le bon patient, ne pas généraliser la pratique de l'hypnose à tous les patients, c'est un outil, donc à essayer »
« Méthode qui permet d'optimiser la relation médecin/patient. Permet de diminuer la prescription d'antalgique ou anxiolytique. Permet aussi de décrypter à travers le discours du patient, certains problèmes connus ou refoulés. »
« Amélioration de la qualité de la relation, avec une plus grande écoute, une plus grande capacité à accueillir les émotions »
« me semble difficile de ne plus l'utiliser vu les résultats positifs »
« Efficacité dans la prévention de la douleur pour les gestes »
« Pas assez de patients encore suivi pour mesurer efficacité dans les douleurs chroniques au long cours »
« J'adore ! »
« Je me sens plus en cohérence avec mes valeurs en pratiquant l'hypnose médicale qu'en pratiquant la médecine générale classique. »
« Une amélioration de l'alliance thérapeutique , un meilleure efficacité thérapeutique. »

« devrait faire partie des boites à outils de tous les médecins généralistes ou non et des dentiste ou sage femmes et ide »
« grande efficacité dans les troubles anxieux et phobiques et les deuils. modification profonde du discours médical avec élimination des expressions toxiques (ne vous inquiétez pas ou ça fait pas mal) et des phrases négatives (comportant une négation) implication plus importante du patient dans les soins car c'est lui qui bosse en hypnose... et bien d'autres choses encore »

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Annexe 7. Réponses des médecins à la question ouverte IV.9 : Que vous a apporté l'hypnose d'un point de vue personnel?

« Diminution du stress, savoir prendre du recul. »
« Ouverture d'esprit, moins dans le jugement des autres. »
« je ne sais pas »
« Plus d'écoute et d'empathie, regarder mieux les personnes quand elles parlent, écouter aussi bien le non verbal et la gestuelle accompagnant un discours »
« Moins d'interprétation, dans la mesure du possible, plus de recul sur la valeur des discours »
« regarder mieux les personnes quand elles parlent, écouter aussi bien le non verbal et la gestuelle accompagnant un discours
Moins d'interprétation, dans la mesure du possible »
« Une meilleure écoute et approche du patient »
« Autre regard sur l'autre, meilleure compréhension des mécanismes mentaux »
« Meilleure écoute et compréhension de manière générale, meilleure connaissance de moi-même »
« Suite à la formation d'hypnose, j'ai ressenti le besoin de me faire suivre moi-même par un psychothérapeute formé à l'hypnose. J'ai énormément appris sur moi-même et je suis plus sereine en général. »
« Une meilleure connaissance de moi-même »
« Une plus grande empathie pour l'autre, sans jugement »
« Une meilleure compréhension des difficultés des relations humaines : chaque être est 1 monde. »
« Un espoir de mieux aider l'autre »
« Une prise de conscience de la difficulté d'exercer la médecine de manière optimale pour le patient tout en restant rentable pour le médecin
Un stress supplémentaire quant à la manière d'organiser le timing de consultation. »
« meilleure présence à moi et aux autres (dont patients) »
« amélioration de ma capacité à communiquer »
« découverte de l'instant présent (avec pratique conjointe de méditation de pleine conscience) »
« Je ne sais pas encore »
« meilleure approche de certains patients difficiles d'accès, remise en question personnelle et professionnelle dans la prise de décision et le remise en question »
« gain en maturité (il etait temps!!!!!!!!!!!) et humilité »
« A savoir prendre du recul, à comprendre les émotions et les ressentis, une certaine sérénité. »
« modification du mode de communication »
« Regard différent sur beaucoup de choses ! »
« Possibilité de pouvoir prendre plus de distance et ne pas rester bloquer dans une situation difficile »
« énormément ! développement personnel +++ »
« Moins de stress, moins de fatigue, plus de satisfaction dans ma pratique, un retour des patients plus gratifiant et encourageant.
« je ne vais pas te raconter ma vie privée »

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Annexe 8. Réponses des patients à la question des commentaires libres sur l'hypnose en médecine générale.

« possibilité d'utiliser la technique du médecin soi-même pour diminuer certaines angoisses »
"J'ai dû déménager et ne trouve pas l'équivalent en Martinique ».
"Je remercie mon Médecin traitant de m'avoir proposé l'hypnose, afin de soulager des maux.je dois avouer que je doutais de l'efficacité, je Suis bluffée du bien que l'hypnose m'a fait.Merci Cordialement. »
« grâce a l'hypnose je me sent beaucoup mieux dans ma tête j'arrive à aller de l'avant aujourd'hui »
"dans la question II.1, il s'agit de troubles de sommeil.
Avant d'entamer cette démarche, Il faut avoir une relation de confiance avec son médecin. Je trouve aussi qu'il faut des séances régulières pour pouvoir avancer. L'état d'esprit au moment de la séance influe : parfois une séance peut être plus ou moins ""parasitée"" : il est plus ou moins facile de se couper de l'extérieur. mais toujours est-il que l'on ressent un bienfait après la séance, soit immédiat, soit dans les jours qui viennent et cela fait son chemin.
PS : j'espère que ma réponse n'est pas trop tardive pour vos travaux."
« Mais il faut trouver le bon médecin avec qui une relation de confiance pourra s'installer. »
"Je réponds pour mon fils de 7 ans qui a des problèmes de pipi la nuit. Net amélioration juste après la séance (juste une à ce jour) mais dégradation avec le temps. Aujourd'hui période sans et période avec des pipis. Nous envisageons, avec son accord, de retourner voir le médecin qui pratique l'hypnose. Cdlt."
"Je réponds à ce questionnaire pour mon fils. J'ai moi-même fait de l'hypnose et n'y suis pas réceptive totalement car je suis trop dans le mental, bcp de mal à lâcher et à me laisser aller. J'analyse la technique par exemple...Pour mon fils, alors âge de 12 ans, cela lui a fait du bien qq jours. Nous devons aller chercher la source du problème ce qui n'est pas toujours facile. Hérédité familiale, choc émotionnel, mauvaise attitudes éducatives.... Il est probable aussi que les bénéfices de la maladie ne permettent pas au patient de s'accorder la guérison.
Mais je suis convaincue des techniques holistiques telles que celles-ci. C'est formidable que les médecins généralistes prennent en compte le psychisme, l'inconscient.
Bonne continuation à vous"
« peut on utiliser l'hypnose pour le manque de confiance en soi? »
« technique pas facile à acquérir pour les premières séances (je suis à moins de 5 séances)
Mais très satisfaite de ma thérapie »
"sevrage tabac (reponse 2-1)
Thérapie pas assez connue et un médecin très compétent. Résultat positif."
« La seule chose que j'aurai à rajouter serait que je trouve en l'hypnose tellement de bien-être que j'en réclamerai plus souvent. Et c'est très bluffant sur les douleurs! »
"-III 4: oui, mais après un cheminement dans la prise en charge plus ""traditionnelle""

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Annexe 9. Liste des thérapies complémentaires selon la MeSH[25]

Acupuncture (électroacupuncture, moxibustion)
Antroposophie
Auriculothérapie
Homéopathie
Médecine traditionnelle
- africaine
- arabe
- ayuvédique
- chinoise
Mésothérapie
Thérapies corps esprit
- aromathérapie
- hypnose
- psychodrame
- psychophysiologie
- psychothérapie
- tai chi
- thérapie par le rire
- toucher thérapeutique
- yoga
Manipulations de l'appareil locomoteur
- chiropractiques
- ostéopathiques
- acupressure
- kinésiologie
- massage
Naturopathie
Organothérapie
Phytothérapie
Réflexothérapie
Rajeunissement
Santé holistique
Thérapies sensorielles par les arts
Spéléothérapie
Thérapies spirituelles
- chamanisme
- guérison par la foi
- guérison mentale
- magie
- méditation
- occultisme

- radiesthésie

[25] Le Medical Subject Headings ou MeSH est un système de métadonnées médicales en langue anglaise concernant la nomenclature en se basant sur l'indexation d'articles en sciences de la vie. Cette initiative a été lancée et est toujours maintenue par la Bibliothèque nationale de médecine des États-Unis d'Amérique, le MeSH s'appuie sur le système MEDLINE-PubMed.

ABREVIATIONS

APGAR: American Pediatric Groos Assesment Record

CHOI: Collège d'Hypnose Océan Indien

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EVA: Echelle Visuelle Analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MAC : Médecine Alternative Complémentaire

NREM : Non rapid Eye Movment Sleep

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNL : Programmation Neuro-Linguistique

SFMG : Société Française de Médecine Générale

TEP : Tomographie par Emission de Positons

ThC : Thérapie complémentaire

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

dumas-00955884, version 1 - 5 Mar 2014

Résumé

L'hypnose est un état modifié de conscience qui permet d'accéder aux ressources propres de chacun. L'hypnose thérapeutique est reconnue par l'académie nationale de médecine comme étant une thérapie complémentaire et sa validité scientifique n'est plus à prouver. Notre étude descriptive s'est intéressée à 22 médecins généralistes réunionnais formés à l'hypnose et exerçant en cabinets ou dans d'autres établissements de santé ainsi qu'à 43 de leurs patients. Il en résulte que l'utilisation de l'hypnose est pertinente en médecine générale. Sa pratique est faisable en termes d'organisation, même si elle nécessite des aménagements (temps dédiés spécifiquement à l'hypnose et consultations sur rendez-vous notamment). On constate une réelle applicabilité en médecine générale: les indications telles que la douleur (aigüe, chronique ou provoquée par les soins), les troubles anxieux, les troubles psychosomatiques ou de l'humeur, parmi les principales, sont appropriées aux motifs de consultation d'un médecin généraliste et l'utilisation de l'hypnose est fréquente. Plus de 80% des deux acteurs ressentent une efficacité thérapeutique ,82% des praticiens estiment s'être épanouis professionnellement et 90% parlent d'une modification positive de leur image de médecin grâce à un travail plus valorisé et plus diversifié. Malgré les biais de standardisation qualitative inhérents aux études sur l'hypnose, l'intérêt principal dégagé est la nouvelle dynamique relationnelle instaurée, avec une approche plus globale du patient et une meilleure relation de confiance. Les limites, quant à elles, restent le manque de temps et la rentabilité financière, inconvénients plus marqués pour les généralistes libéraux

Mots clefs

Hypnose thérapeutique- Médecine générale- médecin généraliste- médecine alternative complémentaire- outil thérapeutique-douleur- anxiété