



HAL
open science

Hypnose thérapeutique : historique, techniques, applications et évaluation de l'impact de l'hypnose à travers des questionnaires

Agathe Minoret

► **To cite this version:**

Agathe Minoret. Hypnose thérapeutique : historique, techniques, applications et évaluation de l'impact de l'hypnose à travers des questionnaires. Sciences pharmaceutiques. 2017. dumas-01563714

HAL Id: dumas-01563714

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01563714v1>

Submitted on 18 Jul 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2017

N°

HYPNOSE THÉRAPEUTHIQUE :
HISTORIQUE, TECHNIQUES, APPLICATIONS ET ÉVALUATION DE L'IMPACT DE
L'HYPNOSE À TRAVERS DES QUESTIONNAIRES

THÈSE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ÉTAT

MINORET Agathe

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le : 30/06/2017

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Docteur Vincent DANIEL, Professeur à l'Université Grenoble Alpes et Praticien Hospitalier au CHU de Grenoble.

Membres :

Mme le Docteur Catherine GILLY, Directeur de thèse, Maître de Conférences en Chimie thérapeutique à l'UFR de Pharmacie de l'Université Grenoble Alpes.

Mme le Docteur Jacqueline GARSON, Pharmacien titulaire de la Pharmacie des 3 Tours, Grenoble.

M. le Docteur Gérard NAUD, médecin anesthésiste-réanimateur au CHU Grenoble.

La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2017

N°

HYPNOSE THÉRAPEUTHIQUE :
HISTORIQUE, TECHNIQUES, APPLICATIONS ET ÉVALUATION DE L'IMPACT DE
L'HYPNOSE À TRAVERS DES QUESTIONNAIRES

THÈSE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ÉTAT

MINORET Agathe

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le : 30/06/2017

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Docteur Vincent DANEL, Professeur à l'Université Grenoble Alpes et Praticien Hospitalier au CHU de Grenoble.

Membres :

Mme le Docteur Catherine GILLY, Directeur de thèse, Maître de Conférences en Chimie thérapeutique à l'UFR de Pharmacie de l'Université Grenoble Alpes.

Mme le Docteur Jacqueline GARSON, Pharmacien titulaire de la Pharmacie des 3 Tours, Grenoble.

M. le Docteur Gérard NAUD, médecin anesthésiste-réanimateur au CHU Grenoble.

La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Michel SEVE**

Vice-doyen et Directrice des Etudes : **Mme Christine DEMEILLIERS**

Année 2016-2017

ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
MCU	ALDEBERT	Delphine	LAPM - UMR CNRS 5163
PU-PH	ALLENET	Benoit	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
PU	BAKRI	Aziz	TIMC-IMAG CNRS UMR 5525
ATER	BARDET	Jean-Didier	
MCU	BATANDIER	Cécile	LBFA - INSERM U1055
MCU-PH	BEDOUCH	Pierrick	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
MCU	BELAIDI-CORSAT	Elise	HP2 - INSERM U1042
MAST	BELLET	Béatrice	-
ATER	BOUCHERLE	Benjamin	DPM
DCE	BOULADE	Marine	SyMMES
PU	BOUMENDJEL	Ahcène	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
DCE	BOURDIER	Guillaume	HP2
MCU	BOURGOIN	Sandrine	IAB - CRI INSERM UJF U823
DCE	BOUVET	Raphaël	HP2
MCU	BRETON	Jean	L.C.I.B. - UMR E3 CEA UJF
MCU	BRIANCON-MARJOLLET	Anne	HP2 - INSERM U1042
DCE	BROCCO	Benjamin	ILL
MCU	BUDAYOVA SPANO	Monika	IBS - UMR 5075 CEA CNRS UJF
PU	BURMEISTER	Wim	UVHCI - UMI 3265 UJF EMBL CNRS
MCU-PH	BUSSER	Benoit	IAB - CRI INSERM UJF U823
Professeur émérite	CALOP	Jean	-
MCU	CAVAILLES	Pierre	LAPM – UMR 5163 CNRS UJF
AHU	CHANOINE	Sébastien	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
MCU	CHOISNARD	Luc	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
AHU	CHOVELON	Benoit	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU-PH	CORNET	Murielle	THEREX – TIMC IMAG UMR 5525 CNRS UJF
DCE	COUCHET	Morgane	LBFA
PU-PH	DANEL	Vincent	SMUR SAMU
PU	DECOUT	Jean-Luc	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	DELETRAZ- DELPORTE	Martine	Equipe SIS -EAM 4128 UCB
MCU	DEMEILLIERS	Christine	LBFA - INSERM U1055
PU	DROUET	Christian	AGIM - CNRS 3405

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
PU	DROUET	Emmanuel	UVHCI - UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
MCU	DURMORT - MEUNIER	Claire	I.B.S – UMR 5075 CEA UJF CNRS
PU-PH	FAURE	Patrice	HP2- INSERM U1042
PRCE	FITE	Andrée	-
AHU	GARNAUD	Cécile	THEREX – TIMC IMAG UMR 5525 NCRS UJF
PRAG	GAUCHARD	Pierre-Alexis	-
MCU-PH	GERMI	Raphaëlle	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
MCU	GEZE	Annabelle	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	GILLY	Catherine	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	GODIN-RIBUOT	Diane	HP2- INSERM U1042
PRCE	GOUBIER MATHYS	Laurence	-
Professeure émérite	GRILLOT	Renée	-
MCU	GROSSET	Catherine	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	GUIEU	Valérie	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
AHU	HENNEBIQUE	Aurélie	sous réserve de création de poste
MCU	HININGER-FAVIER	Isabelle	LBFA - Inserm U1055
MCU	JOYEUX-FAURE	Marie	HP2- INSERM U1042
MCU	KHALEF	Nawel	TIMC-IMAG CNRS UMR 5525
MCU	KRIVOBOK	Serge	LCBM, IRTSV CEA
DCE	LE	Cong Anh Khanh	CERMAV
PU	LENORMAND	Jean Luc	THEREX, TIMC-IMAG
DCE	MARILLIER	Mathieu	HP2
PU	MARTIN	Donald	TIMC-IMAG, UMR 5525 UJF CNRS
AHU	MAZET	Roseline	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	MELO DE LIMA	Christelle	L.E.C.A – UMR CNRS 5553
PU	MOINARD	Christophe	LBFA - Inserm U1055
DCE	MONTEMAGNO	Christopher	LRB
ATER	MORAND	Jessica	HP2
PU-PH	MOSSUZ	Pascal	THEREX - TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MCU	MOUHAMADOU	Bello	L.E.C.A – UMR CNRS 5553
DCE	MOULIN	Sophie	HP2
DCE	NADER	Serge	LCBM
DCE	NGUYEN	Kim-Anh	DPM
MCU	NICOLLE	Edwige	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	OUKACINE	Farid	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	PERES	Basile	DPM- UJF/CNRS UMR 5063
DCE	PERONNE	Lauralie	IAB
MCU	PEUCHMAUR	Marine	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	PEYRIN	Éric	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	RACHIDI	Walid	L.C.I.B - UMR E3 CEA/UJF
MCU	RAVELET	Corinne	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	RIBUOT	Christophe	HP2- INSERM U1042

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
PAST	RIEU	Isabelle	-
Professeure émérite	ROUSSEL	Anne -Marie	-
PU-PH	SEVE	Michel	CR INSERM / UJF U823 Institut Albert Bonniot
MCU	SOUARD	Florence	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
DCE	TAHER	Raleb	IBS
ATER	TAHMASEBI	Faezeh	TIMC-IM2AG
MCU	TARBOURIECH	Nicolas	UVHCI, UMR 3265 UJF-EMBL- CNRS
DCE	TODOROV	Zlatomir	BCI
PAST	TROUILLER	Patrice	-
DCE	VACHEZ	Yvan	CRI-GIN
MCU	VANHAVERBEKE	Cécile	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
DCE	VERNET	Céline	CRI-IAB
DCE	VRAGNIAU	Charles	UVHCI
PU	WOUESSIDJEWÉ	Denis	DPM –UMR 5063 UJF CNRS

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches

BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIB : Centre d'Innovation en Biologie

CRI : Centre de Recherche INSERM

CNRS : Centre National de Recherche Scientifique

DCE : Doctorants Contractuels Enseignement

DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire et de Cognition et Ontogénèse »

HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

IAB : Institut Albert Bonniot,

IBS : Institut de Biologie Structurale

JR : Jean Roget

LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogénèse des Microorganismes

LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux

LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine

LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques

MCU : Maître de Conférences des Universités

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PAST : Professeur Associé à Temps Partiel

PRAG : Professeur Agrégé

PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement

PU : Professeur des Universités

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation

UMR : Unité Mixte de Recherche

UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

« Tous les jours, à tout point de vue, je vais de mieux en mieux » Coué

« L'hypnose, c'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'un autre » M. Erickson (1980)

REMERCIEMENTS

A ma directrice de thèse, Madame GILLY Catherine, je vous remercie profondément pour avoir accepté de diriger ce travail, pour tous vos conseils et vos connaissances, pour votre disponibilité et votre confiance.

A Monsieur le Professeur Vincent DANEL, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury, pour votre gentillesse et votre pédagogie tout au long de ces études, veuillez accepter mes remerciements et mon grand respect.

A Madame GARSON Jacqueline, pour avoir accepté de prendre part au jury. Pour m'avoir guidée lors de mon stage de 6^{ème} année, et pour être présente à cette soutenance, soyez assurée de toute ma gratitude.

A Monsieur NAUD Gérard, vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir accepter d'être membre de mon jury. Pour votre disponibilité, pour la confiance que vous m'avez accordée, pour m'avoir aidée et orientée avec bienveillance, je tiens à vous remercier sincèrement.

A tous les membres de l'équipe de la Pharmacie des 3 Tours, pour leur professionnalisme, leur dynamisme et leur soutien durant ce travail. Pour m'avoir guidée lors de mon stage de fin d'études, pour faire en sorte que chaque jour travailler ensemble soit un jour agréable, soyez assurés de mon amitié et de mon profond respect.

A tous les membres de l'équipe de la Pharmacie du Haut Bourg, et particulièrement à Virginie et Claudy pour leurs précieux conseils pour mes débuts au comptoir.

Merci aux **différents praticiens** qui m'ont soutenu dans ce projet, merci d'avoir pris le temps de répondre à mes mails, merci d'avoir fait remplir les questionnaires à vos patients.

Merci également à **toutes les officines et leur équipe** qui ont pris le temps pour participer à cette étude, et toutes les personnes qui ont accepté de répondre aux questionnaires.

Merci à tous les patients que j'ai pu croiser sur ma route, merci de me faire aimer ce métier fabuleux, de me motiver à progresser. Merci pour votre confiance.

A **mes parents**, pour tout ce que vous avez fait pour moi. Merci pour l'amour que vous me témoignez chaque jour et le soutien que vous m'apportez. Merci de toujours avoir été là et de m'avoir supporté.

A **ma sœur** : Je ne serais rien sans toi ... Tu as toujours été là quand il le fallait du concours d'entrée en première année jusqu'à ma thèse, pendant tous mes moments de bonheur comme de doute ! Merci également pour ta participation active au travail de relecture. Merci pour tout, je t'aime.

A **mes grands parents**, merci pour tous vos encouragements durant mes études.

A **Cassandra**, parce que depuis plus de dix ans, la distance ne nous a jamais éloignées ...

A **Emile**, pour ton soutien moral et pour tout ton amour ...

A **Pauline**, ma coloc', merci pour ta complicité, les déjeuners passés ensemble, les bonbons grignotés devant la télévision,... mais aussi merci pour avoir rendu heureuses toutes ces journées d'écriture studieuses et fastidieuses.

A **Aurélien**, pour les bons moments de complicité que l'on a eu ensemble pendant nos trois années de colocation passées.

A **Mérodie**, pour ton soutien et ta bonne humeur. Pour tes conseils durant l'élaboration de cette thèse ainsi que tous les moments partagés pendant ce cursus et bien après ...

A **tous mes amis de longues dates**, Camille, Christophe, Maxime, ... à nos délires, nos bonheurs partagés ensemble. Pour m'avoir supportée depuis toutes ses années.

A **Jb**, a notre amitié, merci pour nos petites sorties footing.

A **tous mes amis et aux belles rencontres que la pharmacie a mis sur mon chemin** : Anaïs, Astrid, Aurélie, Amor, Bérengère, Célia, Chloé, Faysal, Gaëlle, Hasna, Laure, Laurène, Marie, Marianne, Olivia, Ramzi et tout les autres ... Merci pour votre présence au long de ces six années d'amphi, d'heures de BU, de projets, de soirées, de rencontres, et de fous rires.

A **mes camarades de promo de la faculté de Grenoble**, qui m'ont accompagnée au travers du genre d'études que l'on n'oublie pas.

A **mes grands parents maternels** qui nous ont quittés, vous êtes aujourd'hui présents dans mon cœur.

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

LISTE DES ABRÉVIATIONS

INTRODUCTION	15
PRÉAMBULE : QUELQUES DÉFINITIONS	16
PARTIE I : HISTOIRE DE L'HYPNOSE	18
1. L'ANTIQUITÉ : AUX ORIGINES DE L'HYPNOSE	19
1.1. Les pratiques chamaniques	19
1.2. Le papyrus d'Ebers	19
1.3. Dans la Grèce Antique	19
1.4. Chez les Hébreux	20
2. DU MOYEN ÂGE AUX LUMIÈRES	20
3. LE MAGNÉTISME ANIMAL	21
3.1. Franz Anton Mesmer (1734-1815)	21
3.2. Armand Marie Jacques de Chastenet de Puységur (1751-1825)	25
3.3. Joseph Philippe François Deleuze (1753-1835)	25
3.4. Charles de Villiers (1765-1815)	26
4. NAISSANCE DE L'HYPNOTISME	26
4.1. Les bases de la suggestion	26
4.1.1. José Custodio de Faria (1756-1819)	26
4.1.2. Alexandre Bertrand (1795-1831)	28
4.1.3. Charles Lafontaine (1803-1892)	28
4.1.4. James Braid (1795-1860)	28
4.2. Réapparition de l'intérêt pour l'hypnose : Les débuts de l'ère scientifique	29
4.2.1. L'école de la Salpêtrière : la théorie neurologique	29
4.2.1.1. Jean Martin Charcot (1825-1893)	30
4.2.1.2. Pierre Janet (1859-1947)	31
4.2.2. L'école de Nancy : la théorie psychologique	31
4.2.2.1. Ambroise Auguste Liébeault (1823-1904)	31
4.2.2.2. Hippolyte Bernheim (1840-1919)	32
4.2.3. Affrontement entre l'Ecole de Nancy et l'Ecole de la Salpêtrière	33
4.3. Sigmund Freud (1856-1939) et la naissance de la psychanalyse	34

4.3.1. Etudes de médecine, rencontre de Joseph Breuer et éveil à l'hypnose	34
4.3.2. Rencontre de Jean Martin Charcot	35
4.3.3. Rencontre de Bernheim	35
5. VERS L'HYPNOSE CONTEMPORAINE	37
5.1. L'Ecole soviétique	37
5.2. Aux USA	37
5.2.1. Clark Hull (1884-1952)	38
5.2.2. Milton Hyland Erickson (1901-1980)	38
5.3. Léon Chertok (1911-1991)	40
5.4. L'apport de François Roustang (1923-2016)	40
PARTIE II: LES TECHNIQUES HYPNOTIQUES	43
1. NEUROPHYSIOLOGIE DE L'HYPNOSE	44
1.1. Le cerveau : quelques définitions	44
1.2. L'imagerie cérébrale fonctionnelle	47
1.3. Activité cérébrale pendant « l'état hypnotique » : quelques études	50
2. DESCRIPTION DU PHÉNOMÈNE HYPNOTIQUE	52
2.1. Écoles de pratique	52
2.1.1. L'hypnose traditionnelle	52
2.1.2. L'hypnose Ericksonienne	52
2.1.3. L'hypnoanalyse	53
2.1.4. Autres pratiques	53
2.2. Comment se déroule une séance d'hypnose ?	53
2.2.1. Intégrité du thérapeute	53
2.2.2. Le consentement du patient	54
2.2.3. L'alliance thérapeutique	54
2.2.4. Les techniques d'ajustement du thérapeute	54
2.2.4.1. <i>Yes set</i>	55
2.2.4.2. Le tricot (Pacing and leading et assiettes tournantes)	56
2.2.5. La suggestibilité	56
2.2.5.1. Suggestions directes	57
2.2.5.2. Suggestions indirectes	57
2.2.6. L'induction	61
2.2.6.1. Induction visuelle	64
2.2.6.2. Induction cénesthésique	65
2.2.6.3. Induction auditive	66

2.2.6.4. Induction olfactive et gustative	66
2.2.6.5. Induction par le lieu de sécurité (<i>safe place</i>)	67
2.2.6.6. Induction par lévitation	67
2.2.6.7. Induction par catalepsie du bras	67
2.3. Caractéristiques du patient sous hypnose	68
2.3.1. Les niveaux de profondeur de la transe	68
2.3.2. Signes de l'hypnose	70
3. LES PHÉNOMÈNES HYPNOTIQUES	70
3.1. Les distorsions sensorielles	70
3.2. La catalepsie	71
3.3. La lévitation	71
3.4. La dissociation	71
3.5. La désorientation	71
3.6. La régression en âge	71
3.7. La progression en âge	72
3.8. L'amnésie	72
3.9. L'hypermnésie	72
4. LA FIN DE LA SÉANCE	72
PARTIE III: ACTUALITÉS de l'HYPNOSE MÉDICALE	74
1. L'HYPNOSE EN FRANCE ET DANS LE MONDE	75
2. ASPECT RÉGLEMENTAIRE	76
2.1. Statut de l'hypnose en France	76
2.2. L'acte hypnotique est-il remboursable ?	76
3. LIEUX DE FORMATION	77
3.1. Les professionnels de santé	77
3.2. Formations destinées à un public plus large, sans qualification requise	78
4. L'HYPNOSE QUI SOIGNE	79
4.1. Les applications de l'hypnose	79
4.1.1. La sédation/analgésie pendant l'acte chirurgical	81
4.1.2. Hypnothérapie et prise en charge de la douleur dans le syndrome de l'intestin irritable...	83
4.1.3. Introduction de la pratique hypnotique en pré opératoire	88
4.2. Les limites de l'hypnose	89
4.3. Hypnose et effet placebo	89
4.4. Les contre-indications de l'hypnose	90

PARTIE IV: ÉVALUATION DE L'IMPACT DE L'HYPNOSE À TRAVERS DES	
QUESTIONNAIRES	91
INTRODUCTION	92
ETUDE 1 : Enquête auprès de la population (questionnaire 1)	93
MATÉRIELS ET MÉTHODES	93
1.1. Population étudiée et déroulement d'enquête	93
1.2. Conception du questionnaire 1	93
RÉSULTATS	94
2.2. Le profil des personnes	94
2.3. L'hypnose	94
DISCUSSION	101
ETUDE 2 : Enquête auprès de patients ayant recours à l'hypnose (questionnaire 2)	105
MATÉRIELS ET MÉTHODES	105
1.1. Population étudiée et déroulement d'enquête	105
1.2. Conception du questionnaire 2	105
RÉSULTATS	106
2.1. Le profil des personnes	106
2.2. Les médecines complémentaires et alternatives	106
2.3. L'hypnose	108
2.4. Types de pathologies pour lesquelles le patient a consulté	109
2.5. La consultation	110
2.6. Attente des professionnels de santé par rapport à l'hypnose	115
2.7. Satisfaction	116
DISCUSSION	117
CONCLUSION	122
BIBLIOGRAPHIE	124
ANNEXES	129

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les applications de l'hypnose	79
Tableau 2 : Montgomery 2010 Journal of consulting and clinical psychology (1)	83
Tableau 3 : Troubles digestifs : SII (revue Cochrane) (1)	85
Tableau 4 : Lindfors 2012 The American Journal of gastroenterology (1)	86
Tableau 5 : Moser 2013 The American Journal of gastroenterology (1)	87
Tableau 6 : Population cible séparée en classes d'âge	94

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Le baquet de Mesmer – Lyon musée d’Histoire de la médecine de la médecine	23
Figure 2 : Mesmer et ses disciples de Puységur et Deleuze (2)	24
Figure 3 : Les génies de la science (3)	27
Figure 4 : La protection du cerveau (4)	45
Figure 5 : Les quatre lobes de l’hémisphère gauche (4)	46
Figure 6 : Les aires cérébrales activées durant l’hypnose (5)	50
Figure 7 : Mouvements oculaires et repérages du VAKOG (6)	63
Figure 8 : Position des yeux et détection du VAKOG (7)	64
Figure 9 : L’intensité de l’activation des aires de la douleur (8)	81
Figure 10 : Origines de l’information sur l’hypnose	95
Figure 11 : Origines de l’information sur l’hypnose par classes d’âge	95
Figure 12 : Définition de l’hypnose selon la population cible	96
Figure 13 : Part de la population ayant eu recours à l’hypnose	97
Figure 14 : A quel moment dans la prise en charge de leur pathologie, les patients ont-ils consultés ?	97
Figure 15 : Raison de la consultation en hypnose	98
Figure 16 : Satisfaction de la population par rapport à la séance d’hypnose	98
Figure 17 : Seriez-vous d’accord d’avoir recours à l’hypnose ?	99
Figure 18 : Pensez-vous que l’hypnose peut avoir des effets négatifs ?	99
Figure 19 : Pensez-vous que l’hypnose doit être remboursée ?	100
Figure 20 : L’avenir de l’hypnose médicale en fonction de classe d’âge	101
Figure 21 : Recours à d’autres MCA en plus de l’hypnose	106
Figure 22 : MCA citées par l’ensemble des patients	107
Figure 23 : Raison évoquée pour le recours à l’hypnose selon la fonction du praticien	108
Figure 24 : Types de pathologies pour lesquels les patients ont consulté selon la fonction du praticien	109
Figure 25 : Mode d’orientation vers une consultation d’hypnose chez un médecin spécialisé en hypnose	110
Figure 26 : Mode d’orientation vers une consultation d’hypnose chez un hypnothérapeute	110
Figure 27 : Intérêt d’informer son médecin traitant d’avoir pratiqué l’hypnose chez un médecin spécialisé en hypnose	111
Figure 28 : Intérêt d’informer son médecin traitant d’avoir pratiqué l’hypnose chez un hypnothérapeute	112

Figure 29 : Intérêt d'informer son pharmacien d'avoir pratiqué l'hypnose chez un médecin spécialisé en hypnose	113
Figure 30 : Intérêt d'informer son pharmacien d'avoir pratiqué l'hypnose chez un hypnothérapeute	114
Figure 31 : Raison du recours à un médecin spécialisé en hypnose	115
Figure 32 : Coût de l'intervention perçue excessive par les patients d'un médecin spécialisé en hypnose	116
Figure 33 : Coût de l'intervention perçue excessive par les patients d'un hypnothérapeute	117

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFEHM : Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale
AFHYP : Association Française d'Hypnose
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CFHTB : Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CSP : Code de la Santé Publique
DPC : Développement Professionnel Continu
DU : Diplôme Universitaire
EEG : Electro-Encéphalogramme
EVA : Echelle Visuelle Analogique
IFOP : Institut Français d'Opinion Publique
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IRMf : Imagerie par Résonance Magnétique Fonctionnelle
ITT : Intention de Traiter (*Intention To Treat*)
MCA : Médecines Complémentaires et Alternatives
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
RCT Essai Clinique Contrôlé Randomisé (*Randomized Controlled Trial*)
SFH : Société Française d'Hypnose
SII : Syndrome de l'Intestin Irritable
TEP : Tomographie par Emission de Positons
VAKOG : Visuel-Auditif-Kinesthésique-Olfactif-Gustatif

INTRODUCTION

Alors que certains patients se disent entièrement soulagés par la médecine allopathique, d'autres n'en sont pas pleinement satisfaits. D'autres encore peuvent ressentir des effets secondaires contraignants, voire invalidants. Un phénomène d'un genre nouveau réunit aujourd'hui les déçus de la médecine traditionnelle, qui n'hésitent plus à recourir à d'autres expériences thérapeutiques, orientant ainsi différemment leurs traitements.

Cette tendance est relayée par la Commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs de l'Union Européenne : « *on observe une tendance à la recherche d'une médecine plus humaine qui prendrait en charge l'être humain en tant que tel et pas seulement sa pathologie* ».

Notons cependant que les thérapies d'un genre nouveau restent méconnues du grand public. Il n'est certes pas exclu qu'une personne en aborde la problématique avec son médecin ou son pharmacien, mais cela reste rare, et les professionnels de santé manquent de connaissances sur ces sujets. Un effort d'information rigoureuse aux patients doit être fait pour qu'ils distinguent ces pratiques du « charlatanisme ».

L'hypnose fait aujourd'hui partie intégrante de l'offre de soin, bien que règne la confusion quant à sa classification : *médecine douce* pour certains, *médecine parallèle* pour d'autres, ou *médecine scientifique* à part entière. Malgré son emploi actuel dans les hôpitaux, l'hypnose continue d'être qualifiée d'*étrange*, d'*insaisissable*, voire de *magique*. La mise en protocole de cette pratique est encore loin, tant elle est difficilement descriptible et péniblement définissable. Tous s'accordent en revanche à la qualifier de *bouleversante*, par les résultats incroyables qu'elle permet parfois d'atteindre.

PRÉAMBULE : QUELQUES DÉFINITIONS

L'étude de l'histoire de l'hypnose révèle une telle variété de personnalités et d'applications pratiques, qu'il en devient au premier abord difficile d'en fournir une définition.

Origine étymologique du mot (9) :

Dans la mythologie grecque, Hypnos est le dieu du sommeil, père de Morphée, dieu des rêves, et frère de Thanatos, dieu de la mort. À noter que le caractère récent du terme, proposé au XIX^{ème} siècle par James Braid (10), contraste avec l'ancestralité du phénomène.

Comme le terme d'hypnose a souvent été remis en question au cours des siècles, et parce qu'il existe de nombreuses caractérisations, qui ne peuvent pas être toutes citées dans cette thèse, le choix a ici été fait de se limiter aux définitions suivantes :

Définition de l'Association médicale Britannique (A.M.B) datant de 1955 (11)

C'est la définition la plus utilisée.

« Un état passager d'attention 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 stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité 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. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices, peuvent être dans l'état hypnotique produits et supprimés. »

Définition de l'« Encyclopédie médicochirurgicale » d'après Jean Godin datant de 1991 (12)

« 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 ».

- **Définition de Milton Erickson, figure emblématique de l'hypnose moderne, datant de 1980 (13)**

L'hypnose est avant tout « *un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages.* »

- **Définition du Larousse édition 2017 (14)**

« *Etat de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion* »

PARTIE I :

HISTOIRE DE L'HYPNOSE

« Les vrais hommes de progrès sont ceux qui ont pour point de départ un respect profond du passé »

Ernest Renan

1. L'ANTIQUITÉ : AUX ORIGINES DE L'HYPNOSE

L'origine de l'hypnose et des phénomènes hypnotiques se perd dans la nuit des temps. L'hypnose a été pratiquée sous différentes formes où elle était étroitement associée à la magie et à la religion.

1.1. Les pratiques chamaniques (8, 15)

La découverte de peintures rupestres dans certaines grottes du Périgord permet de dater les premiers supports de la période préhistorique. On y observe un chaman qui, le visage recouvert d'un masque représentant un oiseau, utilise son bâton afin de capter les forces des dieux de la Terre et du Ciel. On le voit ouvrir le ventre d'un bison, et placer ses intestins sur un lit d'herbes sèches. En effet, l'activation de la transe chamanique chez le malade se fait par la pratique d'un rituel.

La transe est définie ainsi dans le dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale d'AMSLEM – KIPMAN de 2005 (16) « *état modifié de conscience avec réduction de la sensibilité, altération ou perte de contact avec le milieu extérieur, activités automatiques, obéissant à un modèle culturel ou à des troubles psychiques* ».

1.2. Le papyrus d'Ebers (15, 17, 18)

En Egypte, la découverte de papyrus rédigés au XVème siècle av J.-C et analysés par l'égyptologue allemand Georg Ebers, révèle l'existence de méthodes hypnotiques : « *Pose ta main sur la douleur et dis que la douleur s'en aille* ».

A noter que le papyrus d'Ebers est aujourd'hui l'un des plus anciens traités médicaux qui nous soit parvenu.

1.3. Dans la Grèce antique (19)

Notre étude historique se poursuit dans l'Antiquité Grecque, période riche de prophéties. Les oracles de Delphes y étaient rendus par les Pythies, femmes hystériques et convulsionnaires dont la préparation à la prophétie consistait à jeuner trois jours, se baigner dans la fontaine Castalie et mâcher des feuilles de laurier. Au jour établi – guère plus de deux fois par an – la Pythie se plaçait sur un trépied surmontant un gouffre béant et, entourée d'épaisses vapeurs d'herbes odorantes brûlées, entrait en transe communicative avec Apollon.

Au IXème siècle avant J.-C, Homère explique dans l'Iliade que la méditation peut être opérée par la main humaine et permettre ainsi certaines guérisons.

1.4. Chez les Hébreux (20)

Les Hébreux, qui adoptèrent la plupart des coutumes des Egyptiens, eurent pour premiers médecins les lévites, ensuite les prophètes, et enfin quelques uns de leurs rois. Ainsi, ce sont les lévites qui purifiaient les corps en faisant des sacrifices expiatoires.

Chertok, cité par D. Michaux en 2007, écrit en 1957 (20): « *On suppose que les Hébreux connaissaient déjà l'analgésie par des procédés psychologiques. L'état dans lequel s'est trouvé Adam, lors de la création d'Eve, est désigné dans le texte hébreu par le mot « Tardemah » (sommeil profond).*

Les concepts de transe et d'hypnose prennent donc leur source dans le chamanisme, considéré comme le berceau de toutes les médecines et s'inscrivent dans une longue histoire. De la Préhistoire à la Grèce Antique, on les retrouve pratiquées par divers peuples, dans différentes cultures et sous diverses appellations, ce qui leur vaut une sortie progressive de la méfiance. Dans les siècles suivants, et à partir du Moyen-Âge, on voit ces pratiques entrer dans le domaine scientifique.

2. DU MOYEN ÂGE AUX LUMIÈRES (21-24)

En France, la période moyenâgeuse s'étend de fin 496 aux environs de 1500.

L'histoire de la fin du II^{ème} siècle est intimement liée à celle de la religion, alors que la chrétienté s'installe en occident, et que cette dernière est omniprésente dans la société. On comprend ainsi que les richesses sont détenues par l'Eglise et que le clergé dispose de tous les leviers de décision.

À ce titre, la pratique de la médecine est liée à la vie des monastères et des couvents qui hébergent les malades, et la définition du « *médecin* » diffère considérablement de l'actuelle. Dieu est considéré au Moyen Âge comme l'unique médecin, qui décide de la maladie ou de la guérison selon sa propre volonté.

Les phénomènes inattendus – la transe, par exemple – sont alors considérés comme émanant des forces du mal, et de la possession, et conduisent sans appel au bûcher.

À une époque où le Diable est devenu une véritable entité, l'Eglise considère l'imagination comme perturbation de l'esprit de l'homme, qui le détourne de la foi, et craint qu'elle ne soit l'appui des forces du mal.

C'est n'est qu'à la fin du Moyen Âge et au début de la Renaissance, que les théoriciens et les scientifiques s'éloignent des points de vue traditionnels qui gouvernaient la médecine.

Les connaissances se sont développées et la théorie alchimique prétend donner une explication différente aux phénomènes occultes et aux guérisons inexplicables.

Le médecin suisse Paracelse (1493-1541), de son vrai nom Theophrast Bombast von Hohenheim, joue un rôle considérable dans l'histoire de la médecine, de la philosophie et des religions, entre le Moyen Âge et l'époque moderne.

Ses ouvrages portent sur le traitement magnétique des plaies – « Practica Théophrasti Paracelsi » (Nuremberg, 1529) est l'une des premières publications sur le sujet – des maladies invisibles et de leurs causes – cinq livres publiés en 1531 – et de l'imagination – dans « De causis Morborum invisibilibus » il évoque notamment l'imagination comme palliant aux faiblesses du corps humain et pose les fondements de l'hypnose : « *Que l'objet de votre croyance soit vrai ou imaginaire, vous obtiendrez le même résultat* ».

Sa doctrine repose sur l'idée d'un corps doublement influencé, certes par l'esprit, mais aussi par un fluide universel invisible – le magne – qui relie les hommes à l'ensemble du cosmos, et dont la mauvaise circulation explique l'apparition des maladies. Selon Paracelse, l'utilisation d'aimants vient ainsi rectifier ce phénomène.

Toutes ces découvertes permettent de considérer Paracelse comme un des plus grands novateurs de l'histoire médicale occidentale.

3. LE MAGNÉTISME ANIMAL (25)

A la veille de la Révolution française, le siècle des Lumières est à son apogée et le médecin devient acteur responsable du soin à apporter aux malades.

L'histoire de l'hypnose telle que nous la connaissons aujourd'hui débute en Europe au XVIIIème siècle avec Franz Anton Mesmer.

3.1. Franz Anton Mesmer (1734-1815) (2, 20)

Franz Anton Mesmer est un médecin allemand né le 23 mai 1734 à Iznang. Il étudie la théologie, la philosophie, l'alchimie, l'astronomie, l'astrologie mais également la médecine à l'université de Vienne en 1760.

Dans sa thèse soutenue en 1766 et intitulée « De planetarum inflexu in corpus humanus », on retrouve l'influence du médecin suisse Paracelse et de sa théorie sur le magnétisme. Mesmer y adhère, et démontre qu'un fluide subtil provenant du cosmos pénètre tous les corps et emplit

l'univers. Il met en parallèle l'énergie qui circule grâce aux aimants et la force qui circule dans le vivant, ce qu'il nomme « *magnétisme animal* », ou encore « *fluide animal* ».

Il ne tarde pas à étayer cette théorie dans un ouvrage publié en 1779 et intitulé « Mémoire sur la découverte du magnétisme animal »(26) et affirme qu'il «*existe une influence mutuelle entre les corps célestes, la terre et les corps animés. La propriété du corps animal qui le rend susceptible de l'influence des corps célestes et de l'action réciproque de ceux qui l'environnent, manifestée par son analogie avec l'aimant, m'a déterminé à la nommer magnétisme animal.* »

Selon Mesmer, l'origine de la maladie tient alors de la mauvaise répartition de ce fluide provenant du cosmos chez le patient. Sa méthode thérapeutique vise à utiliser le magnétisme pour canaliser le fluide, ce qui déclencherait une violente crise convulsive suivie d'une guérison.

C'est la première fois que la question de la relation dynamique entre le malade et son thérapeute est posée.

Mesmer perfectionne à Paris sa propre technique de soin et invente ce qu'il appelle le « *baquet thérapeutique* », qui lui permet notamment de traiter plusieurs personnes simultanément. Le baquet n'est autre qu'une vaste cuve métallisée remplie d'eau, d'éclats de verres, de pierres, de limailles et de tiges métalliques au sommet desquelles sont attachées des cordes. Mesmer magnétise le baquet.

Une séance de « *crise magnétique* » ou « *transe hypnotique* » peut ainsi être décrite : chaque patient prend une tige entre ses mains, et est magnétisé par le praticien. Le rôle de ce dernier consiste à aller et venir autour de la cuve, appliquant à sa guise aimants ou passes magnétiques. Le procédé suscite alors des crises convulsives et l'on transporte le patient dans une chambre particulière matelassée. Puis, un orchestre se fait entendre dans un coin de la pièce pour ajouter une ambiance.



Figure 1 : Le baquet de Mesmer – Lyon musée d'Histoire de la médecine de la médecine

L'engouement suscité par cette thérapie est vite repéré par le corps médical et la famille royale. Le docteur Deslon, frère du roi Louis XVI, copie le principe et crée son propre baquet, et prétend ainsi comme Mesmer – dont il défend ardemment les théories sur « *le mimétisme animal* » - guérir certaines maladies par l'imposition des mains. Il publie également plusieurs ouvrages sur le sujet, dont le plus connu est daté de 1780 et s'intitule « Observations sur le magnétisme animal (27) ». Victime de son succès obtenu à partir de sa technique thérapeutique, Mesmer s'attire les foudres de ces collègues, il est forcé de fuir Vienne pour Paris en 1778.

Il suscite l'intérêt du public et décide d'ouvrir son propre cabinet où il développe une technique de soin qui lui permet de traiter plusieurs personnes en même temps.

Ainsi réfugié à Paris, Mesmer perfectionne sa technique en inventant un « baquet thérapeutique ».

Deslon, souhaitant la reconnaissance des pratiques de Mesmer, obtient en 1784 du Roi Louis XVI la nomination de deux commissions, dont les membres les plus célèbres sont B. Franklin, A. Lavoisier, J. I. Guillotin, J. S Bailly et A. L de Jussieu. L'objectif est de savoir si les phénomènes observés sont dus, ou non, à l'existence du fluide magnétique.

Les différents commissaires se livrent à une étude objective et mettent au point les premières expérimentations en « *simple aveugle* » qui consiste à placer aléatoirement et à leur insu des patients devant un baquet magnétisé ou non magnétisé.

Au terme de deux années d'étude, le rapport rendu à Louis XVI conclu sur l'inexistence du fluide et explique que les phénomènes observés ne relèvent que de quatre facteurs, ainsi nommés : l'attente, l'imagination, l'imitation et les émotions.

Devant l'indifférence du corps médical quant à ses pratiques, la non-validation de sa méthode, et les accusations de charlatanisme qui l'accablent, Mesmer quitte la France et se retire en Suisse.

Les disciples qu'il laisse derrière lui poursuivent pourtant l'exercice du magnétisme : certains, fidèles à Mesmer, développent le courant fluidiste et continuent à se servir des passes magnétiques, du baquet ou de tout objet permettant d'obtenir des crises salutaires. D'autres affirment l'existence d'une force vitale capable de guérir, comme la volonté ou la concentration, mais nient l'action d'un quelconque fluide : ils forment alors le courant des animistes.

Entre les deux courants évoluent d'autres pratiquants, plus ou moins transitionnels. Parmi ces derniers, on retrouve le marquis de Puységur qui donne au magnétisme une toute nouvelle forme.



Figure 2 : Mesmer et ses disciples de Puységur et Deleuze (2)

3.2. Armand Marie Jacques de Chastenet de Puységur (1751-1825) (28)

Armand Marie Jacques de Chastenet de Puységur naît le 1^{er} mars 1751 à Paris. Il entre en service dans le corps royal de l'artillerie en 1768, et est nommé colonel en 1778 à 27 ans. Il est converti au magnétisme par son frère cadet.

Puységur est d'abord l'élève de Mesmer, qui avait créé à Paris avec quelques disciples la Société de l'Harmonie universelle, où il formait les médecins sur le magnétisme. Il pratique ensuite les cures magnétiques dans sa Picardie natale et apporte sa propre contribution à l'évolution du « *magnétisme animal* » : en effet, et c'est ainsi qu'il s'oppose à Mesmer, il ne croit pas que les « *crises salutaires* » soient nécessaires à la guérison du patient.

Il fait l'expérience inouïe de la suggestion alors qu'il magnétise un jeune paysan du nom de Victor Race souffrant d'une « *fluxion de poitrine* ». Au lieu d'obtenir la crise attendue, Victor sombre dans un sommeil qui n'est pas le sommeil ordinaire, mais plutôt un état dans lequel il peut dialoguer avec Puységur. À son réveil, Victor ne garde aucun souvenir de l'expérience, et malgré l'absence de crise, est guéri.

Puységur délaisse alors la notion de fluide et découvre le somnambulisme artificiel, sommeil particulier, par analogie au somnambulisme naturel.

Si Mesmer est considéré comme le fondateur de la pratique hypnotique, Puységur est, lui, le premier à comprendre le pouvoir de la parole et de la suggestion : il inaugure l'attitude psychologique et affirme à plusieurs reprises que le véritable agent curatif se trouve dans la volonté du magnétiseur, sans pour autant rejeter totalement l'existence d'un éventuel fluide.

Puységur continue ses cures magnétiques, forme de nombreux adeptes et publie plusieurs ouvrages, rédigeant notamment ses mémoires qu'il conclut par sa devise « *Croyez et veillez* », et ce malgré la condamnation de ses pratiques par l'Académie de Médecine, et le contexte français troublé par la Révolution.

3.3. Joseph Philippe François Deleuze (1753-1835)

Deleuze était bibliothécaire au Museum de Paris et sa renommée de savant bien établie. Marqué par l'influence de Puységur, il rejette l'idée de magnétisme animal, au profit d'un magnétisme individuel. Il préfère soutenir l'hypothèse d'un fluide individuel qui émanerait du magnétiseur sous l'impulsion de sa volonté. Ainsi, Deleuze provoque un sommeil calme et rentre en communication verbale avec le patient, puis insiste sur l'amnésie au réveil.

En 1813, Deleuze écrit « *l'Histoire critique du magnétisme animal (29)* ». L'ouvrage reprend l'ensemble de ses recherches sur le magnétisme animal jusqu'à cette date et est considéré de nos jours comme une référence par le monde scientifique.

3.4. Charles de Villiers (1765-1815)

De Villiers est moins connu que ses prédécesseurs mais va aller plus loin dans ses différentes observations. En effet, dans son roman « *Le magnétiseur amoureux (30)* » paru en 1787, il rejette l'idée qu'un fluide puisse avoir un rôle dans l'action thérapeutique du magnétisme. Pour lui, ce sont les sentiments réciproques entre magnétiseur et magnétisé qui rendent possible la guérison.

4. NAISSANCE DE L'HYPNOTISME

4.1. Les bases de la suggestion

4.1.1. José Custodio de Faria (1756-1819) (25, 31)

José Custodio de Faria est un prêtre catholique portugais.

Sous le nom d'Abbé Faria il apparaît comme personnage important dans le célèbre roman « *Le comte de Monte Cristo* » d'Alexandre Dumas.

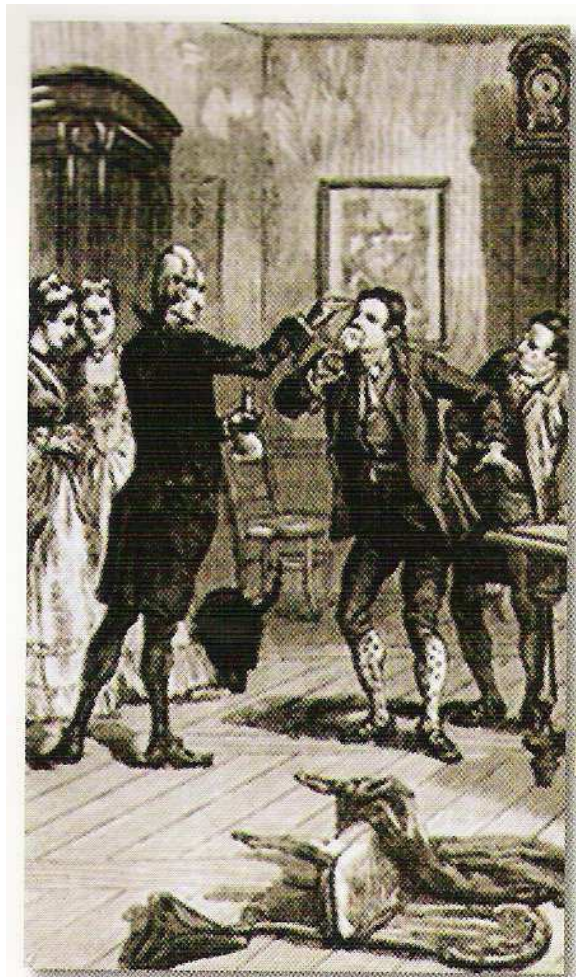
Il enseigne la philosophie dans un lycée à Marseille puis à Nîmes pendant un an en 1811, avant d'ouvrir un cours public à Paris en 1813 sur le sommeil lucide.

Initialement élève de Mesmer, il s'en éloigne petit à petit et se démarque du « *magnétisme animal* ». Il considère en effet qu'aucun fluide n'émane du magnétiseur, et que tout se passe dans l'esprit du sujet. Le vocabulaire change aussi : il parle de « *concentration* » pour évoquer le principe actif, les magnétiseurs étant les concentrateurs et les magnétisés les concentrés. Il décrit l'état des patients comme un « *sommeil lucide* » pour lequel ils sont naturellement prédisposés.

Sa technique et sa vision des sois annoncent sans aucun doute l'hypnose moderne.

Le succès qu'il rencontre d'abord s'avère de courte durée, alors qu'un comédien engagé par des tiers le discrédite lors d'une séance publique : ce dernier fait d'abord semblant d'être hypnotisé, puis dit brusquement : « *Monsieur l'Abbé, si vous magnétisez les gens comme vous m'avez magnétisé moi, vous ne devez pas faire dormir grand monde !* ».

Rangé depuis au banc des oubliés, il est pourtant repris par Bernheim à la fin du siècle, qui dira de lui : « À de Faria appartient incontestablement le mérite d'avoir le premier établi la doctrine de la méthode de l'hypnose par la suggestion et de l'avoir nettement dégagée des pratiques inutiles et singulières qui cachaient la vérité ».



L'abbé Faria (1756-1819) attribuait le somnambulisme induit à des facteurs psychiques. Il demandait au patient de fermer les yeux, de penser au sommeil, puis ordonnait « Dormez ! ». Ensuite, le patient obéissait aux ordres. Le réveil était aussi commandé par la voix.

Figure 3 : Les génies de la science (3)

4.1.2. Alexandre Bertrand (1795-1831)

Bertrand, né à Rennes en 1795 est reçu à Polytechnique en 1814 où il suit les leçons d'Ampère, renonce à faire carrière et entreprend des études de médecine. En 1818, il devient adepte du « *magnétisme animal* ». Selon lui, les phénomènes psychologiques observés pendant l'état magnétique ne peuvent pas être caractérisés d'*exceptionnels*, car ils sont susceptibles d'être observés dans bien d'autres circonstances.

En 1826, l'Académie Royale de Médecine répond favorablement à la demande de nombreux scientifiques et médecins souhaitant un nouvel examen du magnétisme afin de prouver qu'il ne s'agit pas de charlatanisme : le nouveau rapport, daté de 1831, s'oppose aux conclusions établies dans le précédent. Les conclusions sont si catégoriquement favorables au magnétisme animal que l'Académie en refuse la publication.

4.1.3. Charles Lafontaine (1803-1892)

Charles Léonard Lafontaine, magnétiseur franco-suisse, renonce à une carrière d'acteur ; il participe aux expériences du marquis de Puységur et devient un célèbre magnétiseur itinérant, se déplaçant de ville en ville pour donner des représentations publiques, et préfigurant ainsi l'hypnose de spectacle actuelle.

James Braid, en 1841, assiste à l'une de ces représentations publiques à Manchester, et commence dès lors à s'intéresser au magnétisme animal.

4.1.4. James Braid (1795-1860) (8, 32)

En 1842 s'ouvre une période davantage scientifique pour l'hypnose, avec les travaux de James Braid, chirurgien de Manchester, qui introduit le mot « *hypnotisme* ». Amoureux de la mythologie grecque, il sait que dans le monde des dieux de l'Olympe existe un dieu bienveillant (Hypnos) qui, pendant le sommeil, répare les blessures et panse les plaies du cœur, du corps et de l'âme.

Sceptique quant aux méthodes de Lafontaine, Braid réalise ses propres expériences, d'abord sur ses proches : il découvre que la fixation prolongée d'un point plonge le sujet dans un état de sommeil spécial. Il voit là un phénomène neurologique et psychique qu'il baptise « *sommeil nerveux* » puis « *hypnotisme* ».

Sa théorie est développée dans l'ouvrage « Neurypnologie – Traité du sommeil nerveux ou Hypnotisme »(33) paru en 1843. Il y indique que les sujets entraînés sont fortement susceptibles d'être influencés par l'imagination.

Si le terme « hypnotisme » se réfère au sommeil, Braid admet qu'il s'agit plutôt d'une série d'états différents susceptibles de varier indéfiniment, de la simple rêverie jusqu'au coma le plus profond. Braid définit en 1843 l'hypnotisme comme *"un état particulier du système nerveux, déterminé par des manœuvres artificielles ou encore, un état particulier du système nerveux, amené par la concentration fixe et abstraite de l'œil mental, sur un objet, qui n'est pas lui-même de nature excitante (34)"*.

À ces éléments, Braid ajoutera la découverte de l'autohypnose, en affirmant que le sujet peut s'hypnotiser seul en fixant du regard un objet, généralement brillant, à une distance déterminée. Il utilise également la technique hypnotique afin d'anesthésier ses patients, durant des interventions chirurgicales, même lourdes. De nombreux médecins s'intéressent alors aux procédés de Braid, et se lancent dans cette pratique, qui est introduite dans les hôpitaux. Dans le monde, des centaines d'opérations majeures recourant à l'hypnose comme anesthésie, ont alors lieu. C'est l'âge d'or de l'hypnose, alors que le magnétisme animal est, lui, relégué au second plan.

L'influence de Braid en France s'intensifie quelques années plus tard, sur des médecins comme Broca et Azam. Paul Broca utilise l'hypnotisme comme méthode d'anesthésie pour des opérations chirurgicales, et en rend compte à l'Académie des Sciences. Azam défend vivement l'hypnotisme en chirurgie contre le chloroforme.

Cependant, l'apparition du chloroforme, de l'éther ou du protoxyde d'azote, considérés comme plus sûrs, met fin à la vague de l'anesthésie hypnotique.

4.2. Réapparition de l'intérêt pour l'hypnose : Les débuts de l'ère scientifique

C'est vers la fin du XIX^{ème} siècle, que l'intérêt pour l'hypnose réapparaît, grâce à deux écoles de Médecine : celle de Nancy, et celle de la Salpêtrière à Paris.

4.2.1. L'école de la Salpêtrière : la théorie neurologique

L'école de la Salpêtrière, également appelée école de Paris, est, avec l'école de Nancy, l'une des deux grandes écoles ayant participé à l'âge d'or de l'hypnose en France de 1882 à 1892.

4.2.1.1. Jean Martin Charcot (1825-1893) (8)

Né à Paris dans une famille modeste, Charcot entreprend des études de médecine et est nommé médecin-chef de service à La Salpêtrière en 1862. Il se consacre avec rigueur à l'étude des maladies nerveuses, notamment la sclérose en plaque où la sclérose latérale amyotrophique – aujourd'hui appelée du nom du médecin.

Vers 1870, Charcot prend en charge des hystériques. Avec lui, la maladie mentale commence à être analysée et l'hystérie est distinguée des autres affections de l'esprit.

Alors qu'il est invité par l'un de ses internes, Paul Richer, à un spectacle donné par un hypnotiseur dans un théâtre place de Clichy, Charcot comprend que cette technique peut l'aider à élucider le fonctionnement neurologique et psychologique des hystériques qu'il suit dans son service. Il demande à l'hypnotiseur sur scène de former à sa technique les internes de son service : c'est le début de l'école de grand hypnotisme de la Salpêtrière.

Charcot décrit trois phases successives dans ce qu'il appelle « *le grand hypnotisme* » ou « *la grande névrose hypnotique* » :

- La léthargie : obtenue par exemple par compression des globes oculaires, elle se caractérise par l'occlusion des paupières, l'hypotonie des muscles et la vivacité des réflexes ostéo-tendineux
- La catalepsie : obtenue par l'ouverture des paupières du sujet, elle se caractérise par l'immobilité de ce dernier avec une hypertonie musculaire, une abolition des réflexes ostéo-tendineux, une disparition de la volonté psychique et physique. Le sujet garde les yeux ouverts.
- Le somnambulisme provoqué : il est caractérisé par une hyperesthésie, une anesthésie à la douleur qui contraste avec une audition accrue, une très grande sensibilité aux odeurs et une hypermnésie. Les hallucinations visuelles sont intenses et précises.

Utilisant l'hypnose comme moyen de traitement, Charcot induisait chez ses patientes une attaque hystérique. Il entreprit également d'étudier l'influence des métaux et des aimants sur les phénomènes hystériques : ce fut la métalloscopie et la métallothérapie.

Charcot, dont la réputation est mondiale, contribue à l'essor, à la Salpêtrière et dans le monde, de l'hypnose. Il partage en effet ses connaissances tous les mardis, dans des cours publics organisés à l'hôpital. Ce sont les internes ou les chefs de clinique qui hypnotisent les jeunes filles hystériques. Les élèves affluent du monde entier pour suivre l'enseignement du maître et se former à l'hypnose. Parmi eux, nous citerons notamment Sigmund Freud.

Suite au décès du docteur Charcot en 1893, l'hypnose est quelque peu oubliée en France. Parmi les partisans de l'école de la Salpêtrière, un des seuls à continuer à utiliser l'hypnose est le docteur Janet. Ce dernier participera au renouveau de l'hypnose par le biais de conférences (15).

4.2.1.2. Pierre Janet (1859-1947) (35, 36)

Pierre Janet, philosophe et médecin, est l'un des rares français ayant continué l'étude de l'hypnose après le déclin d'intérêt que connaît la discipline.

En 1889, le neurologue Jean Martin Charcot lui confie la direction du laboratoire de psychologie de la Salpêtrière, qu'il gardera jusqu'à sa dissolution en 1910.

Il entreprend des recherches sur l'hypnose et montre que celle-ci serait en fait le résultat d'une conscience secondaire dissociée, ou double conscience. Il rencontre en effet, des patients atteints de dédoublement de la personnalité, qui tantôt présentent une personnalité, tantôt une autre, sans jamais se souvenir de celle qu'ils viennent de quitter.

En outre, le patient profondément hypnotisé ne se rappelle pas ce qui s'est passé pendant l'hypnose. En émettant l'hypothèse d'une deuxième conscience dissociée, Pierre Janet rejoint les travaux de Freud sur l'inconscient, qui sont en train de naître à l'époque.

4.2.2. L'école de Nancy : la théorie psychologique

4.2.2.1. Ambroise Auguste Liébeault (1823-1904) (20, 37, 38)

Né en Meurthe et Moselle en 1823, le docteur en médecine Ambroise Liébeault s'intéresse à l'hypnotisme dès le début de son internat en 1848, mais ses maîtres le dissuadent de poursuivre dans cette voie, qui pourrait être nuisible à sa carrière. Ce n'est qu'en 1860 qu'il se voue totalement à la pratique de l'hypnose, après avoir pris connaissance des travaux de Braid présentés en France par Azam et Broca. Il abandonne ainsi progressivement la médecine classique et commence à traiter ses malades, dont beaucoup sont pauvres, gratuitement et par des procédés hypnotiques.

Il en conclut que ce n'est pas l'action physique qui constitue le facteur hypnotique, mais un processus psychologique : « la suggestion verbale ». Il propose dans son livre « Du sommeil et des états analogues considérés surtout du point de vue de l'action du moral sur le physique(39) » une étude de l'hypnose qu'il nomme « *sommeil provoqué* » en comparaison au sommeil physiologique.

Les théories du Docteur Liébeault 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.

Il propose une collaboration au Docteur Liébeault. De celle-ci découlera la fondation de l'école de Nancy.

4.2.2.2. Hippolyte Bernheim (1840-1919) (40, 41)

Originaire d'un village près de Mulhouse, Bernheim étudie la médecine à l'Université de Strasbourg où il devient maître de conférences. Il s'établit comme médecin dans la ville, puis à l'annexion de cette dernière par l'Allemagne en 1871, la quitte pour la France et l'Université de Nancy. Il y est nommé professeur de médecine interne en 1879.

Ayant pris connaissance des succès de Liébeault, il devint rapidement son disciple et se mit à pratiquer l'hypnose dans son service hospitalier, puis à son cabinet de ville. L'histoire raconte que Bernheim est séduit par son confrère qui le soulage sous hypnose d'une sciatique personnelle rebelle.

En 1882 – année de présentation de l'hypnose par Charcot à l'Académie des Sciences de Paris – il communique pour la première fois publiquement sur l'hypnotisme à la Société Médicale de l'Est.

Dans l'ouvrage reconnu « De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille (42) », publié en 1884, il reprend les théories sur la nature de l'hypnose développées par Liébeault. Il caractérise l'hypnose comme un simple sommeil produit par la suggestion – définie comme « *l'influence provoquée par un idée suggérée et acceptée par le cerveau* » - et susceptible d'applications thérapeutiques. Cette définition s'oppose à celle de Charcot, ce dernier voyant en l'hypnose un état pathologique propre aux hystériques.

Dans la deuxième édition de son livre, parue en 1886, on constate la disparition du mot « *hypnose* » dans le nouveau titre : « De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique (43) ». Charcot y redéfinit la suggestion comme « *l'idée conçue par l'opérateur qui, saisie par l'hypnotisé et acceptée par son cerveau, réalise le phénomène, à la faveur d'une suggestibilité exaltée, produite par la concentration d'esprit spéciale de l'état hypnotique* ». Y sont évoquées les limites de la suggestion verbale. Bernheim, bien conscient de ces dernières, établit que, si elle ne peut pas toujours guérir, elle contribue à la guérison en redonnant confiance au malade, en lui faisant supporter les douleurs, en réduisant le facteur émotionnel dans les maladies.

En 1889 a lieu le premier Congrès International d'Hypnotisme, qui réunit de nombreux médecins et savants comme Freud ou Janet. Les membres du Congrès semblent majoritairement favorables aux thèses de Bernheim, et d'un commun accord, définissent par « *hypnose* » tous les phénomènes produits par la suggestion.

Bernheim au Congrès de Londres en 1892 approfondit ses idées en affirmant qu'« il n'y a pas d'hypnotisme, que seule existe la suggestion ».

En 1903, Bernheim considère que l'on ne peut pas distinguer l'hypnose de la suggestibilité. Il abandonne alors progressivement l'hypnose, estimant que la suggestion à l'état de veille était tout aussi efficace et appela cette pratique « *psychothérapie* ».

Dans les années 1900, Bernheim est considéré comme l'un des plus grands psychothérapeutes d'Europe. Il sera pourtant très vite oublié.

Notons simplement parmi ses héritiers le pharmacien Emile Coué. Ce dernier, ayant appris l'existence du médecin original Liébault exerçant à Nancy et obtenant des résultats étonnants par la pratique de l'hypnose, lui avait rendu une première visite et s'était passionné pour cette discipline relativement nouvelle et fondée sur l'efficacité de la suggestion verbale. Il avait également pris connaissance des travaux de Bernheim.

Coué condense sa méthode en une phrase-clef, « *Tous les jours, à tout point de vue, je vais de mieux en mieux* », que le patient doit répéter vingt fois le matin et vingt fois le soir en vue de conditionner de façon favorable son imagination. Selon Coué, la répétition de façon machinale, sans intervention de la volonté, de cette formule permet de faire pénétrer mécaniquement dans l'inconscient l'idée d'amélioration et de progrès. Selon lui enfin, lorsque l'idée fait son chemin dans les profondeurs de l'inconscient, elle devient agissante. Il prône ainsi l'autosuggestion en assurant que chacun est maître de sa santé physique et psychique, et possède en lui les moyens de sa guérison.

Il connaît un grand succès aux États Unis, où il fait sa première conférence en 1923.

4.2.3. Affrontement entre l'Ecole de Nancy et l'Ecole de la Salpêtrière (8)

L'Ecole de Nancy s'oppose ouvertement à l'Ecole de la Salpêtrière, parce que le Professeur Bernheim attaque son confrère le Professeur Charcot. Il l'accuse de pratiquer une « *hypnose de culture* » et prétend que les patients de la Salpêtrière agissent par simple complaisance, voire par imitation.

Deux groupes se distinguent: les partisans de Bernheim, qui voient dans l'hypnose un simple sommeil produit par la suggestion et susceptible d'applications thérapeutiques et ceux de Charcot, qui considèrent que l'hypnose est un état pathologique spécifique et propre aux hystériques.

La lutte entre les deux écoles est passionnée et se poursuit entre les années 1889 et 1890. Le milieu médical est en effervescence, et la France attire de nombreux étrangers, dans le but de développer leurs recherches dans le domaine de l'hypnose.

L'affrontement se poursuit jusqu'à la mort de Charcot, en 1893. Dès lors, l'hypnose connaît un nouveau déclin, presque total en France. Elle est de nouveau combattue dans les milieux médicaux, car déclarée inefficace, dangereuse et classée comme un mélange de supercheries et de simulations. Seul le docteur Pierre Janet, qui a étudié et exercé auprès de Charcot, continue à s'y intéresser. Il fera partie des initiateurs du renouveau de l'hypnose.

4.3. Sigmund Freud (1856-1939) et la naissance de la psychanalyse (44)

4.3.1. Etudes de médecine, rencontre de Joseph Breuer et éveil à l'hypnose

Sigmund Freud naît en Moravie, province de l'empire d'Autriche Hongrie en 1856. Brillant élève, élevé dans une famille modeste juive, il lit Shakespeare, Homère, Schiller ou Goethe, hésite entre l'étude du droit, de la zoologie, ou de la médecine, pour finalement trancher pour cette dernière qu'il commence à étudier en 1873. Rallongeant délibérément ses études à huit ans, il aigüise sa curiosité sur la biologie Darwinienne et sur la zoologie à Trieste avant de rejoindre Wilhelm Von Brücke, célèbre scientifique allemand fondateur de l'histologie et de la physiologie, dont il devient l'assistant.

A l'institut de Brücke, Freud concentre ses travaux sur deux domaines, les neurones et la cocaïne. A l'occasion d'une étude sur la cocaïne, il met en évidence ses propriétés analgésiques et publie en 1884 l'article « Über Coca (45) » qui loue les vertus de cette substance, ce qui lui sera reproché plus tard par le corps médical.

A l'institut de Brücke, Freud fait la connaissance de Josef Breuer qui aigüise sa curiosité avec le cas d'une jeune hystérique connue plus tard sous le pseudonyme d'« Anna O » (46). Cette patiente, qui présente un tableau de « double personnalité » avec divers « symptômes névrotiques », est soulagée par les séances d'hypnose de Breuer. Breuer est en effet à l'origine de la méthode cathartique qui consiste à faire tomber les barrières psychologiques du patient par hypnose afin de

réveiller les souvenirs traumatiques enfouis, à l'origine de troubles. Cela génère une décharge émotionnelle à valeur libératrice.

4.3.2. Rencontre de Jean Martin Charcot

En juin 1882, il quitte le laboratoire de Brücke pour commencer une carrière de médecin praticien, sans grand enthousiasme toutefois. Ainsi, il entre dans le service du Professeur Meynert où il étudie et pratique la neurologie.

La même année, il obtient une bourse de voyage pour suivre les cours de Jean Martin Charcot à la Salpêtrière. Freud avait déjà assisté à des séances d'hypnotisme plus tôt à Vienne, lors d'une exhibition publique du magnétiseur danois Hansen.

Freud fasciné par la pensée et le brio de Charcot, délaisse rapidement ses travaux sur les anomalies morphologiques du cerveau afin de s'intéresser à la psychopathologie.

Il assiste certaines expériences réalisées à la Salpêtrière, ce qui le convainc de la réalité des processus inconscients. L'explication de Charcot sur les névroses – qu'il ne considère pas comme des conséquences de lésions structurales du système nerveux, mais comme traumatismes psychiques – le séduit. Ici se trouve probablement l'origine de ses travaux sur la dynamique de l'inconscient. Selon Freud, Charcot se voit assurer « *pour tous les temps la gloire d'être le premier à avoir expliqué l'hystérie* » (47).

4.3.3. Rencontre de Bernheim

Le rapport de Freud sur l'hypnotisme tel qu'il est pratiqué à la Salpêtrière est mal perçu par les maîtres autrichiens et l'hypnotisme a mauvaise presse dans le milieu médical viennois. Freud s'installe à Vienne et n'utilisera l'hypnose que fin 1887 à la suite de la lecture des travaux de Bernheim et Liébault qui utilisaient l'hypnose dans un but thérapeutique. Il se montre très satisfait par cette pratique puis commence à utiliser la méthode dite cathartique, consistant à retrouver l'origine traumatique des symptômes, méthode qu'il ne pense possible qu'en hypnose profonde. Un état qu'il n'arrive pas à produire sur sa patiente Emmy Von N.

Bernheim, reçoit à Nancy la visite de Freud en 1889, quelques années après celle de Charcot. Ce dernier écrit à ce propos : « *Je fus témoin des étonnantes expériences de Bernheim sur ces malades d'hôpital et c'est là que je reçus les plus fortes impressions relatives à la possibilité de puissants processus psychiques demeurés cependant cachés de la conscience de l'homme* » (25).

Freud s'était accompagné de sa patiente Emmy Von N. que Bernheim n'arrive guère plus que lui à mettre en hypnose profonde, avouant qu'il arrive rarement à mettre ses patients en hypnose profonde. Freud, convaincu que seule l'hypnose profonde peut élargir le champ de la conscience, est alors tenté de renoncer à la méthode cathartique.

Pourtant, inspiré des rencontres avec Charcot et Bernheim, il ne quittera jamais le monde des processus inconscients et en développe sa propre analyse et théorie. Il ne prend d'ailleurs le parti d'aucune des deux écoles et dit en 1930 : « *En ce qui concerne l'hypnotisme, j'ai pris parti contre Charcot et je n'ai pas été non plus entièrement d'accord avec Bernheim* ».

Freud évoque le concept du « *refoulement* » : il pense qu'il existe des représentations psychiques dont le patient n'a pas conscience mais dont il garde le souvenir dans sa mémoire consciente.

Il renonce au contact physique ne demandant plus qu'au malade de fermer les yeux et de laisser les idées surgir sans aucun filtre, spontanément, comme il l'explique dans ses Essais de Psychanalyse de 1921. Le patient reste allongé sur un divan sans contact même visuel afin d'exclure toute influence (48).

Puis il invente le concept de « *transfert* », qui qualifie la projection inconsciente d'affects sur la personne du thérapeute, qui ne lui sont pas spécifiquement destinés. Il approfondit ainsi l'idée de « *rapport* », terme utilisé par Mesmer pour qualifier la relation hypnotique et fait de l'analyse des résistances et de la liquidation du transfert le but de la cure analytique. C'est la naissance de la psychanalyse, qui prend donc sa source dans l'hypnose, et peut venir en retour éclairer le mystère de cette pratique. En effet, bien que Freud situe la naissance de la psychanalyse au jour où il a renoncé à l'hypnose, il ne cessera de s'interroger sur le « *problème* » et ne manquera jamais de reconnaître sa dette à son égard.

Roustang explique le parcours de Freud par l'interprétation difficile des résultats qu'il obtenait avec l'hypnose, le conduisant à toujours vouloir sonder plus loin dans le fonctionnement psychique. L'évolution de cette idée nouvelle de changement par l'hypnose, à celle de la "*Druckmethode*" puis d'une cure psychanalytique émane de cette effective curiosité du chercheur. C'est l'origine qu'il recherche en premier, et non la guérison.

Le succès de l'analyse et le génie de son créateur à la défendre, contribuent sûrement à la régression de l'hypnose, thérapie finalement solutionniste, qui s'intéresse plus aux effets bénéfiques du traitement qu'aux causes supposées de la maladie.

Au XXe siècle, une seule interprétation du psychisme, des maladies mentales, des relations humaines, du lien social s'impose comme valable : celle qu'a théorisé la psychanalyse. Les psychothérapies de tous genres sont pensées dans sa mouvance, en fonction de ce qu'elle a déjà pensé et proposé, ou en opposition.

5. VERS L'HYPNOSE CONTEMPORAINE

Après Freud, les psychanalystes qui continuent à avoir recours à l'hypnose deviennent rares.

5.1. L'Ecole soviétique (40)

Elle se développe de 1922 à 1960. Pavlov (1849-1936) et ses collaborateurs construisent une théorie sur l'hypnose à partir de leurs expérimentations animales. Ils s'intéressent aux résultats d'un apprentissage dû à l'association entre des stimuli de l'environnement et aux réactions automatiques de l'organisme. La théorie qui en découle se nomme le « *conditionnement classique* » ou « *conditionnement Pavlovien* ». Il s'agit d'un processus par lequel un individu associe une réponse déjà programmée, normalement déclenchée par un stimulus conditionné, à un stimulus non conditionné, c'est à dire à un stimulus neutre qui ne déclenche normalement aucune réponse. Dans sa célèbre expérience, Pavlov sonne une cloche chaque fois qu'il sert de la nourriture à un chien. Un jour, il sonne la cloche mais ne sert aucune nourriture au chien. L'observation est la suivante : celui-ci salive quand même.

Selon Pavlov, il en est de même chez le sujet hypnotisé dont le cortex présente également des zones qui restent en activité pour maintenir la relation avec l'hypnotiseur. Chez l'homme c'est le langage qui intervient dans le conditionnement, la parole pouvant être un stimulus tout aussi efficace qu'un stimulus physique chez l'animal. Pavlov ne reconnaît pas l'existence de l'inconscient, mais admet que le stimulus par la parole n'est pas assimilable au stimulus physique, en raison du vécu particulier à chaque humain.

5.2. Aux USA

Aux Etats-Unis, les recherches sont menées dans une perspective comportementale et reprennent d'une façon plus scientifique et moderne un des aspects de la question qui opposait Charcot à Bernheim : l'hypnose correspond-t-elle à un état particulier ou n'est-elle que suggestibilité ?

5.2.1. Clark Hull (1884-1952) (7, 49)

Clark L. Hull, psychologue « behaviouriste », lance en 1933 le premier programme de recherches à grande échelle consacré à l'hypnose. Très impressionné par la lecture des articles de Pavlov « Conditioned Reflexes », Hull développe une théorie de l'apprentissage extrêmement élaborée et présentée sous une forme déductive inhabituelle à l'époque.

Hull mène de nombreuses expériences sur l'hypnose, qu'il décrit comme une partie tout à fait normale de la psyché humaine. Selon lui, la transe hypnotique est un élément naturel de la conscience, comme les rêves.

Erickson est l'un de ses élèves, mais finit par rompre avec lui, par divergence de points de vue.

5.2.2. Milton Hyland Erickson (1901-1980) (50)

« Milton Erickson fut le plus grand hypnotiseur de tous les temps » Chertok

Milton Erickson, atteint dès son plus jeune âge de troubles sensoriels et perceptifs congénitaux, est très handicapé du côté droit, souffre de dyslexie et ne peut pas percevoir les rythmes et la hauteur des sons. Sa vie de souffrance et de combat contre la maladie a sans aucun doute participé à forger sa personnalité tant obstinée qu'inventive.

A 17 ans, Erickson contracte une forme grave de poliomyélite. Furieux d'avoir entendu le médecin annoncer à sa mère que son fils mourrait sans doute avant le lever du jour, le jeune Milton demande alors à sa mère de positionner son lit en face de la fenêtre afin de voir une dernière fois le coucher de soleil. Il dit plus tard avoir ainsi vécu sa première expérience d'autohypnose : il fut tant absorbé par le soleil couchant, qu'il ne voyait plus rien du paysage. Il tombe dans un coma pendant trois jours, puis se réveille totalement paralysé. Il « profitera » de cette immobilité forcée pour développer son sens aigu de l'observation.

Erickson raconte plus tard : *« Je ne pouvais même pas dire où se trouvaient mes bras et mes jambes dans mon lit. C'est ainsi que j'ai passé des heures à essayer de localiser ma main, mon pied, ou mes orteils, en guettant la moindre sensation, et je suis devenu particulièrement attentif à ce que sont les mouvements ».*

La légende raconte qu'un jour, alors qu'il se reposait sur son rocking-chair habituel, face à la fenêtre, il fut pris d'une si grande envie de pouvoir revoir les travaux de la ferme familiale que son fauteuil finit par se mettre à basculer : Erickson venait de se prouver à lui-même qu'une image mentale est capable de produire un mouvement sans que ce dernier soit exécuté volontairement.

Hélas, Erickson garde de nombreuses séquelles de cette attaque de poliomyélite et doit renoncer à son désir de devenir fermier. Il s'oriente ainsi vers la médecine. En 1921, après onze mois d'entraînement, Erickson est capable de marcher avec des béquilles et s'inscrit parallèlement en médecine et en psychologie à l'université du Wisconsin. Six mois après, il part seul en randonnée, en canoë, afin de prouver à ses parents sa santé retrouvée.

C'est en 1923, alors qu'il est étudiant en médecine, qu'il assiste à une conférence sur l'hypnose donnée par Clark Hull, qui, séduit par la personnalité d'Erickson, l'introduit dès 1923-1924 dans des séminaires réputés. Erickson met enfin des mots sur son vécu autodidacte : hypnose, hallucination, processus idéomoteurs, autohypnose...

Hull veut mettre au point un protocole standardisé d'hypnose, universel et applicable à tous les individus. Erickson s'y oppose démontrant le paradoxe de cette recherche car selon lui, l'hypnose exprime au contraire l'individualité de chacun. Réduit au silence par Hull, car n'étant qu'un simple étudiant, Erickson finit ses études, qu'il achève en 1928, puis fait son internat et l'assistantat de psychiatrie avant d'être praticien hospitalier.

A 33 ans, il devient professeur de psychiatrie et part travailler dans le Michigan près de Détroit. Débarrassé de tout patron sectaire, il peut enfin réaliser la recherche fondamentale sur les phénomènes psychophysiologiques. Il développe l'étude des suggestions, des modes de communication, des phénomènes hypnotiques, et des techniques d'induction.

Confrontés à de graves problèmes de santé, dus au climat humide du Michigan, il se retire dans un endroit désertique en Arizona. Il y commence une pratique libérale arrêtant définitivement toute pratique hospitalière. Parallèlement, il assure des ateliers de formation à l'hypnose sur tout le territoire étasunien. Il contribue également avec l'obstétricien Willia Kroger et le psychologue d'origine française André Weitzenhoffer, à la création de la *Society for Clinical and Experimental Hypnosis*.

En 1952, il subit une nouvelle attaque de poliomyélite. Il en garde de graves séquelles, mais applique l'autohypnose pour favoriser sa rééducation, et pour gérer ses douleurs dont il souffre désormais de façon chronique. Dès lors, il se déplace en fauteuil roulant.

En 1957, il fonde avec William Kroger l'*American Society of Clinical Hypnosis*. Il en est le premier président et crée l'*American Journal of Clinical hypnosis*, dont il est le rédacteur en chef pendant dix ans.

C'est en 1973, suite à la publication par Jay Haley du livre « Uncommon therapy », qui deviendra en Français « Un thérapeute hors du commun (51) », qu'Erickson atteint la postérité du grand public, et acquiert ses derniers élèves qui deviendront des successeurs.

En septembre 1980, le premier congrès international consacré à Erickson est organisé, mais il décède six mois plus tôt, le 25 mars 1980. Il laisse en héritage de nombreux apports en psychothérapie.

5.3. Léon Chertok (1911-1991) (52, 53)

Léon Chertok obtient son doctorat en médecine à Prague en 1938. En 1947, il effectue un stage en psychiatrie à l'hôpital de Mount Sinaï de New-York dans un service de médecine psychosomatique puis retourne vivre en France.

Assistant à l'hôpital psychiatrique de Villejuif au Centre de médecine psychosomatique, il a affaire à une malade, qui se dit célibataire de vingt-deux ans, et qui a totalement perdu le souvenir des douze dernières années de sa vie. Les premiers entretiens avec la malade ne donnent aucun résultat, et se souvenant d'un procédé qu'il avait vu utilisé des années auparavant par un professeur viennois, il demande à la patiente de s'allonger, de fixer deux doigts de sa main et de se relaxer, et cette dernière s'endort. Il lui suggère alors qu'à son réveil, elle se souviendrait des douze dernières années de sa vie. Et c'est ainsi que cela se produit : à son réveil, lorsque Chertok la questionne sur son âge, elle répond sans aucune hésitation trente-quatre ans.

Pour saisir quels processus psychophysiologiques déclenchés par ses paroles ou ses gestes avaient permis à la patiente de surpasser son amnésie, Chertok se lance dans l'étude de l'hypnose. Il prend ainsi connaissance des expériences menées à l'étranger tout en continuant à pratiquer occasionnellement l'hypnose.

En 1957, il contribue à la création de la société française de médecine psychosomatique avec Michel Sapir et Pierre Aboulker. Il donne sa première conférence sur l'hypnose en 1959.

La fin des années 1970 et les années 1980 sont marquées par ses échanges avec des philosophes tels François Roustang, Mikkel Borch Jacobsen, Michel Henry et Isabelle Stengers.

C'est principalement à Léon Chertok, psychiatre psychanalyste, que revient le mérite d'avoir donné un nouvel essor à l'hypnose en France.

5.4. L'apport de François Roustang (1923-2016)

François Roustang fait des études de philosophie, de théologie puis de psychopathologie. Il étudie l'hypnose pendant des années et cherche à comprendre ce qui se passe lors d'une séance d'hypnose pour que triomphe la guérison.

Il publie plusieurs ouvrages majeurs sur le sujet, alliant le regard du thérapeute, du philosophe, et de l'écrivain.

Il est également le premier à avoir détaillé les phases de l'hypnose et s'intéresse plus particulièrement à la perceptude, un mode de perception premier mis en lumière par l'hypnose.

«L'état d'hypnose tel que je le comprends, ne serait rien d'autre que la perceptude. Elle est à la fois ce qui est toujours présent à nos vies et toujours supposé pour que nous puissions appréhender quelque chose du monde environnant.

C'est ce que disent à leur manière les praticiens de l'hypnose : il existe une hypnose quotidienne qu'il n'est nul besoin de nommer hypnose, car le moindre geste, celui de la marche, de la lecture ou de l'écriture, pour être accompli avec aisance, suppose l'absorption et l'oubli. Et d'autre part tout humain est hypnotisable, c'est à dire qu'il peut avoir accès au fondement, il peut se rendre d'où il vient. La perceptude est là en effet sous-jacente à toute perception, mais par ailleurs les hypnotiseurs prétendent la faire passer au premier plan et en proposent l'expérience. Donc la mettre à la lumière du jour, alors qu'elle agit dans la lumière de la nuit.

En d'autres termes, l'état hypnotique est partout et il s'agirait de le faire apparaître quelque part. Etrange procédure parce qu'elle aboutirait alors à l'apparition d'un fond sans la figure ou d'un contexte qui aurait perdu son texte (54) ».

Selon Roustang donc, nul besoin pour le thérapeute de formuler de complexes diagnostics et de s'enfermer dans le symptôme et la plainte du patient-client ; il suffit juste de mettre ce dernier en transe, afin de retrouver son état de conscience originel et le chemin de la santé, considéré comme étant déjà latent en lui-même.

A la suite de la publication d' « Influence (55) » en 1991, puis de « Qu'est ce que l'hypnose ? (9) » en 1994, François Roustang s'impose peu à peu comme une référence dans le monde francophone de ceux qui cherchent à théoriser la pratique de l'hypnose. Il collabore alors avec plusieurs instituts d'hypnose comme l'Institut Romand d'hypnose suisse ou l'Institut français d'hypnose.

Notre approche non exhaustive de l'histoire de l'hypnose a permis par la richesse et la variété des personnages, expériences, études et résultats qu'il présente, de mieux comprendre ce phénomène ancestral qui a fasciné, et fascine toujours l'homme en quête de compréhension de la nature humaine.

Il a mis en exergue les rapports anciens entretenus par la médecine avec le « *magnétisme* », et « *l'hypnose* ». Il a montré la fragilité des théories quand il s'agit de leur acceptation dans les sphères médicales, de leur compréhension, et de leur longévité post mortem de leurs auteurs. Mais ces pionniers de l'hypnose forcent au respect, par leurs combats incessants pour le progrès de la science, malgré la rigidité et le scepticisme des ordres établis.

L'hypnose connaît aujourd'hui un engouement sans précédent, et les laboratoires deviennent aujourd'hui des acteurs majeurs dans les recherches à son sujet : l'avancée des techniques d'exploration dans le domaine de la neurologie et de la conscience humaine (imagerie et neurosciences) permet notamment l'exploration neurophysiologique du phénomène.

L'hypnose retrouve aussi sa place au bloc opératoire, en s'intégrant comme outil complémentaire à l'anesthésiologie pharmacologique. De nouveau, elle a sa place dans les services hospitaliers. De nouveau, elle est enseignée sur les bancs des facultés de médecine, et ce depuis 2001, avec la création du premier diplôme universitaire d'hypnose médicale. Ironie du sort ou juste retour des choses, elle s'enseigne sur les bancs de « *l'amphithéâtre Charcot* » à Paris VI. D'autres diplômes universitaires ont vu le jour dans toute la France, et l'on compte de plus en plus de médecins attirés par cette pratique, considérée comme aide considérable pour les patients, que ce soit dans le domaine de la médecine, ou dans celui de la psychiatrie.

PARTIE II :

LES TECHNIQUES HYPNOTIQUES

« La science ne sert guère qu'à nous donner une idée de l'étendue de notre ignorance »

Félicité de Lamennais

1. NEUROPHYSIOLOGIE DE L'HYPNOSE

Si la plupart de ceux qui pratiquent l'hypnose thérapeutique prennent le parti de l'expérience vécue, une analyse scientifique de l'hypnose nécessite néanmoins un positionnement expérimental. L'entrée des techniques modernes d'imagerie cérébrale dans le domaine des neurosciences permet l'étude morphologique et fonctionnelle du cerveau. Les premières études sur le cerveau en état d'hypnose apparaissent dans les années 80 avec le développement de l'imagerie médicale.

Pendant longtemps, les chercheurs ont pensé que l'état hypnotique correspondait à l'une des phases du sommeil : sommeil naturel, provoqué ou somnambulique. Sans doute, cette méprise vient-elle du fait que Braid, chirurgien Ecossais qui s'était penché sur le magnétisme, avait donné à ce phénomène le nom qui, en grec, désigne le sommeil. Les chercheurs, depuis la fin du XVIIIe au XXe siècle, se sont attachés à écarter certaines idées. De nombreux critères cliniques, comme les échelles d'hypnotisabilité, les paramètres physiologiques vitaux (pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire) ou les mouvements oculaires, n'ont jamais pu définir l'état hypnotique, faute d'une sensibilité et d'une spécificité suffisantes.

Cependant, depuis 1949 par l'enregistrement électro-encéphalographique (Gorton 1949), nous savons que l'hypnose n'est ni un sommeil ni un coma mais un état de veille. Le sujet est éveillé, il est donc conscient mais dans un état de conscience particulier dit « modifié », appelé « conscience hypnotique » en contraste avec l'état de veille ordinaire dénommé « conscience critique ».

1.1. Le cerveau : quelques définitions

Le cerveau est le centre du système nerveux, capable d'intégrer les informations, de contrôler la motricité et d'assurer les fonctions cognitives.

Il est l'organe le mieux protégé, car il baigne dans du liquide céphalo-rachidien et est recouvert de trois enveloppes appelées méninges.

Le cerveau est formé de deux hémisphères cérébraux droit et gauche, réunis par le corps calleux et le cervelet, ce dernier étant responsable de la coordination des mouvements. Nourri principalement de glucose, il s'agit d'un organe très vascularisé et donc très oxygéné.

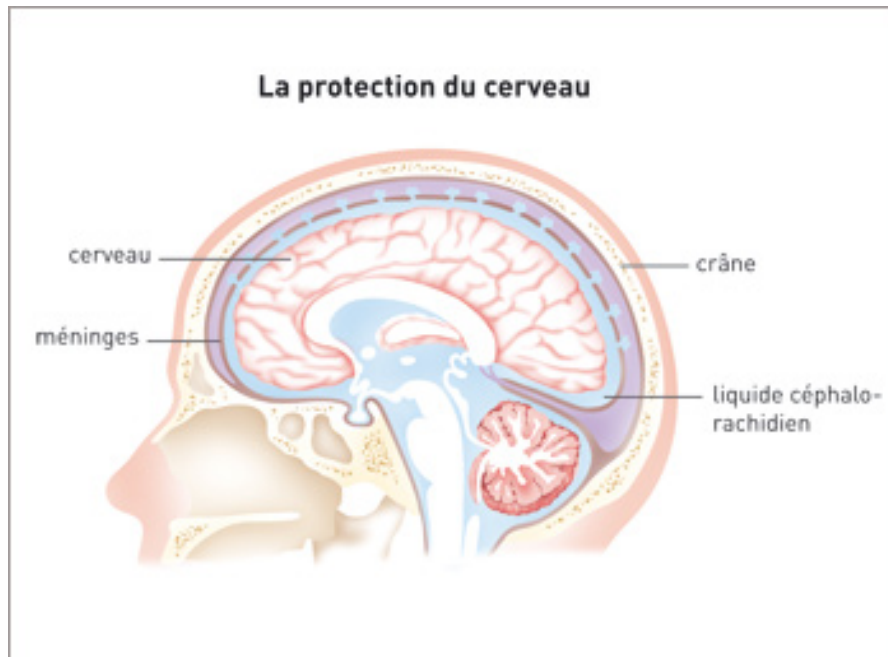


Figure 4 : La protection du cerveau (4)

Les hémisphères cérébraux (au nombre de deux : hémisphère droit et hémisphère gauche) forment les parties les plus volumineuses du cerveau. On parle ainsi souvent de cerveau droit et de cerveau gauche. Les hémisphères contrôlent l'ensemble de nos fonctions mentales supérieures : mouvements volontaires, pensée, apprentissages, mémoire, etc.

Chaque hémisphère cérébral est partagé en quatre zones appelées lobes dans lesquels ces différentes fonctions sont gérées : le lobe frontal, le lobe pariétal, le lobe temporal et le lobe occipital.

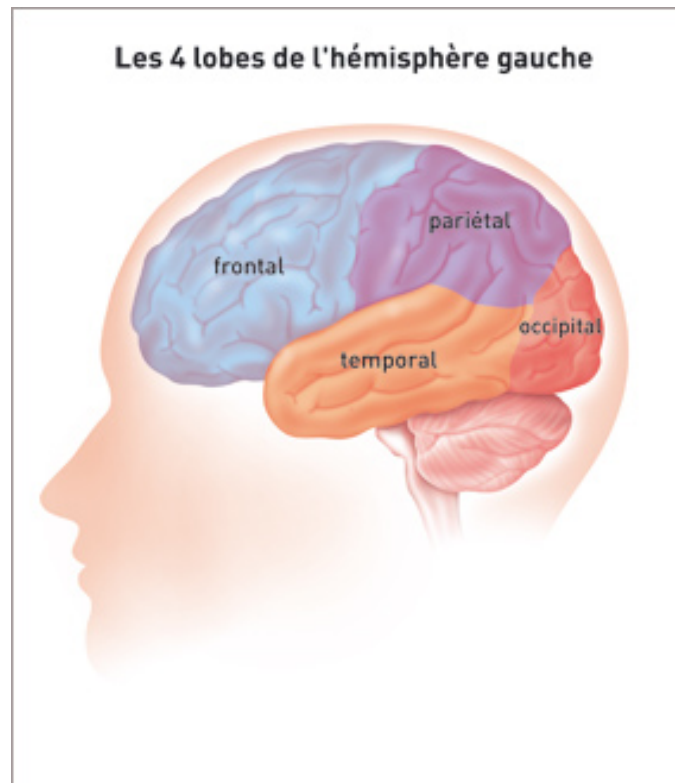


Figure 5 : Les quatre lobes de l'hémisphère gauche (4)

Les principales fonctions de chaque lobe sont les suivantes :

- **Pour les lobes frontaux :** parole et langage, raisonnement, mémoire, prise de décision, personnalité, jugement, mouvements. Le lobe frontal droit gère les mouvements du côté gauche du corps, et inversement, le lobe frontal gauche gère les mouvements du côté droit.
- **Pour les lobes pariétaux :** lecture, repérage dans l'espace, sensibilité. Le lobe pariétal droit gère la sensibilité du côté gauche du corps et réciproquement.
- **Pour les lobes occipitaux :** vision.
- **Pour les lobes temporaux :** langage, mémoire, émotions.

Le cortex cérébral est un tissu organique, appelé aussi substance grise qui recouvre les deux hémisphères du cerveau sur une épaisseur de quelques millimètres.

Il est le siège des fonctions neurologiques élaborées que sont :

- Les fonctions cognitives,
- Les fonctions de mouvements volontaires,

- Les fonctions de la conscience,
- Les fonctions de la sensibilité.

Il joue un rôle primordial, en ce qui concerne les fonctions nerveuses de base. Telles que la motricité, la sensibilité, la sensorialité. Enfin, le cortex tient également le rôle indispensable dans d'autres fonctions supérieures, que sont le langage et la mémoire.

1.2. L'imagerie cérébrale fonctionnelle

Au cours des vingt dernières années, les possibilités ouvertes par l'imagerie cérébrale fonctionnelle - examen rapide de l'activité de l'ensemble du cerveau, y compris les structures sous-corticales, par des méthodes peu ou non invasives chez des sujets humains normaux - ont permis la multiplication des études en neurosciences cognitives.

L'EEG est un examen indolore et non-invasif qui renseigne sur l'activité neurophysiologique du cerveau au cours du temps et en particulier celle du cortex cérébral, grâce à des électrodes placées sur le cuir chevelu. L'objectif est soit le diagnostic neurologique soit la recherche en neurosciences cognitives.

Le résultat des mesures est souvent représenté sous la forme d'un tracé qui représente les influx nerveux neuronaux sous la forme d'ondes cérébrales. Ces ondes cérébrales se divisent en cinq catégories selon leurs fréquences propres ou selon le nombre d'oscillations par seconde exprimé en Hertz - un Hertz représentant une oscillation par seconde (56).

Les ondes Delta de 0,5 à 3,5 Hertz apparaissent lorsque la personne se trouve dans un état inconscient, par exemple dans un sommeil profond. C'est le rythme dominant des enfants de moins d'un an. Elles sont impliquées dans notre capacité d'intégration et de laisser-aller.

Les ondes Thêta de 4 à 8 Hertz caractérisent le sommeil avec rêves, la relaxation profonde, la méditation, la prière. Il faut savoir que ce sont surtout les enfants qui suivent le rythme Thêta, c'est une des raisons qui font d'eux des « machines à apprendre ».

Ce rythme est en lien avec la mémorisation et l'activation ou l'inhibition comportementale.

Les ondes Alpha de 8 à 12 Hertz : ce rythme apparaît lorsque la personne se trouve dans un état relaxé. A ce rythme, le cerveau est ralenti et la personne peut ressentir une nouvelle énergie qui coule dans son intérieur

Il est intéressant de noter qu'à ce rythme, les deux hémisphères du cerveau arrivent à fonctionner ensemble dans une harmonie parfaite. Ce n'est pas le cas du rythme Bêta, caractérisé par le

fonctionnement d'un hémisphère dominant, le gauche, ce qui privilégie le travail analytique et la réflexion mais ce qui nous "prive" de toute la perception intuitive, créative et globale de l'hémisphère droit.

Les ondes Bêta de 12 à 45 Hertz caractérisent l'état de veille active, la concentration et les pensées analytiques de la vie courante, la prise de décision, l'action ou l'anxiété, le traitement d'informations relatives au monde environnant. Lors des courtes périodes de sommeil paradoxal avec rêves, le rythme passe curieusement au Bêta suggérant une certaine analogie entre les activités du rêve et celles de la vie courante.

Les ondes Gamma de 35 à environ 80 Hertz caractérisent l'activité cérébrale intense, comme dans certains états créatifs ou la résolution de tâches complexes, la mémorisation, l'état de panique. Elles sont retrouvées dans chaque partie du cerveau, la fréquence d'onde à 40 Hertz favorisant la transmission entre les zones cérébrales nécessaires au traitement simultané des informations.

L'électroencéphalogramme a été la première technique de neurosciences permettant d'étudier l'hypnose car il enregistre l'activité électrique du cerveau. La technique permet de prouver en 1949 que l'hypnose n'est pas un état de sommeil, et en effet, aucune onde Delta (ondes spécifiques du sommeil), n'est présente sur le tracé. Le tracé est un tracé de veille normale avec présence également d'ondes Bêta que l'on retrouve dans les états de concentration intense et Thêta que l'on trouve chez des patients calmes. En revanche, les scientifiques ont été très déçus de constater qu'aucune onde spécifique n'apparaissait durant la transe hypnotique et que le fonctionnement du cerveau n'était pas plus important dans l'hémisphère cérébral droit, supposé être le siège du fonctionnement imaginaire, qu'en état de veille habituel. Bien qu'ayant exclu l'hypothèse du sommeil, l'EEG n'a donc pas permis de trancher entre simulation et état de conscience particulier pour l'hypnose.

Aujourd'hui, la TEP et l'IRMf constituent des méthodes de choix en neurosciences cognitives. Ces techniques permettent de détecter des modifications dans l'activation de certaines zones du cerveau invisibles sur le tracé électroencéphalographique. Elles permettent également d'établir une correspondance relativement précise et distincte entre l'activité physiologique du cerveau et l'expérience subjective consciente. Ces techniques d'imagerie étudient les variations de débit sanguin cérébral dans diverses régions. Ce dernier étant corrélé à l'intensité d'activité des zones en question, on déduit de ces observations quelles zones sont activées, hypo activées ou hyper activées pendant toute la durée de l'enregistrement.

Dans le cas de la TEP, une faible dose d'un traceur radioactif à faible demi-vie est administrée par voie intra veineuse – c'est souvent le Fluor18 radioactif : il marque les cellules qui consomment beaucoup de glucose, comme certaines tumeurs et dans des situations physiologiques dans le cerveau, grand consommateur de glucose. Les niveaux d'émission radioactive provenant du cerveau sont mesurés dans les secondes ou les minutes qui suivent.

Cette méthode permet de mesurer en trois dimensions une activité métabolique ou moléculaire d'un organe grâce à des traceurs faiblement radioactifs de métabolisme connu.

A partir des années 2000, la TEP est doublée d'un scanner : c'est le TEP-scan. Les images obtenues par la combinaison de ces deux techniques sont directement couplées par un logiciel afin d'obtenir une précision d'image nettement supérieure. Le TEP-scan reflète la consommation énergétique cérébrale qui est très liée à l'activité cérébrale proprement dite. Cela permet d'étudier en temps réel l'activité des différentes zones neuronales du cerveau et donc d'observer la fonction d'une région du cerveau (émotion, action, douleur...)

L'IRM fonctionnelle permet de visualiser de manière indirecte l'activité cérébrale grâce aux variations, même minimes, d'irrigation sanguine dans les zones cérébrales concernées par la réalisation d'une tâche donnée.

Ceci entraîne de minimes variations de concentration en désoxyhémoglobine qui sont repérées en IRM du fait de minimes perturbations du champ magnétique. Cela permet de réaliser en temps réel une cartographie d'activation du cerveau d'où la possibilité de faire de la connectivité fonctionnelle, c'est-à-dire de faire un lien entre différentes zones cérébrales utilisées lors d'une même tâche.

Grâce à l'imagerie cérébrale, des résultats intéressants ont été obtenus. En effet, lorsque nous sommes sous hypnose, les régions exécutives frontales sont déconnectées du reste du cerveau, ce qui entraîne pour la personne la réalisation des choses de façon automatique, sans réflexion. Nous pouvons aussi observer que les régions sensorielles et les régions impliquées dans l'imagerie mentale comme le précunéus sont activées sous hypnose, sans doute dues à l'imagerie mentale qui sert à l'induction hypnotique. Nous pouvons donc en déduire que les circuits neuroniques activés lors de l'hypnose dépendent des suggestions données par l'hypnothérapeute.

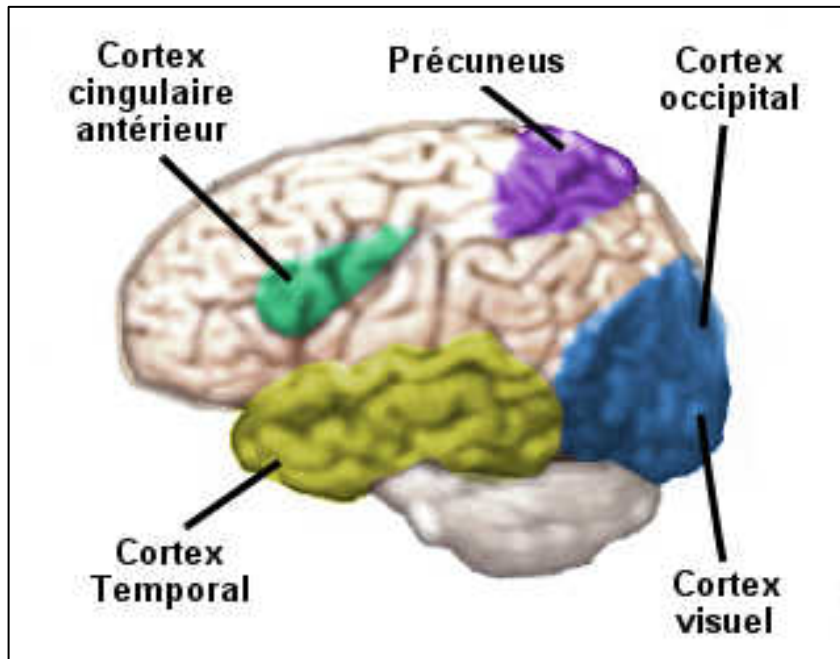


Figure 6 : Les aires cérébrales activées durant l'hypnose (5)

Les régions cérébrales qui subissent une action sous l'hypnose sont classées en trois grandes catégories :

- Les **régions sensorielles** qui traitent les informations comme les sons, les images, les odeurs (déclenchées grâce à des inductions de l'hypnothérapeute) : cortex occipital, cortex visuel.
- Les **régions exécutives**, qui exécutent le comportement (un mouvement par exemple) : précuneus.
- Les **régions impliquées dans les processus attentionnels**, qui sélectionnent les informations pertinentes de notre environnement et permettent l'état de demi-sommeil indispensable à l'hypnose : le précuneus (cette région montre le plus haut taux d'activité nerveuse au repos de toutes les régions cérébrales impliquées dans ce qu'on appelle «l'état de repos»), le cortex cingulaire antérieur.

1.3. Activité cérébrale pendant « l'état hypnotique » : quelques études

Le docteur Marie-Elisabeth Faymonville, anesthésiste de renommée exerçant à Liège (Belgique), d'abord pionnière puis devenue experte dans la pratique de l'hypnosédation, a prouvé pour la première fois en 1993 que l'hypnose est un état neurophysiologique à part entière qui correspond un état modifié de conscience.

Les sujets en état de veille, ne pensant à rien et à qui l'on raconte un souvenir (remémoration autobiographique) présentent une activité cérébrale tout à fait distincte de celle des sujets en état d'hypnose, à qui l'on raconte un souvenir après induction (avec observation des signes de transe, EEG concomitant pour prouver que le sujet ne dort pas et enregistrement de la détente musculaire au menton).

Lorsque le sujet se remémore un souvenir, il active surtout les lobes temporaux droit et gauche. En revanche, sous hypnose, le précunéus (lobe pariétal) et le cortex cingulaire postérieur sont désactivés, comme dans certaines phases du sommeil ou dans les états végétatifs. Ces zones sont très actives en état de veille normale même lorsque le sujet ne pense à rien. De plus, le sujet active un réseau de neurones incluant la région occipitale (vision), pariétale (sensations) et précentrale (motricité) comme lors d'un moment vu, senti et lors d'une action réalisée alors que le patient est statique. Ceci coïncide avec le ressenti rapporté par les patients après les séances d'hypnose d'avoir « revécu » un évènement agréable et non simplement de s'en être souvenu (57).

Au Canada, Pierre Rainville et le groupe de Catherine Bushnelle de l'Université de Montréal sont les pionniers dans l'utilisation de ces techniques d'enregistrement pour étudier l'activité cérébrale au cours d'une induction hypnotique et au cours de l'application de suggestions d'analgésie.

Dans cette expérience, les sujets sains sont soumis à un stimulus douloureux constant, leur main est plongée dans une eau à 47°C ; ils sont répartis en trois groupes et les réponses cérébrales sont observées grâce à la TEP. Les volontaires du groupe contrôle, en conscience ordinaire, plongent uniquement la main dans l'eau très chaude. Le second groupe, sous hypnose, reçoit des suggestions de type sensoriel visant à diminuer ou augmenter l'intensité de la douleur. Enfin, le troisième groupe, également sous hypnose, bénéficie de suggestions à caractère émotionnel proposant une diminution ou une augmentation du désagrément.

On observe que les suggestions hypnotiques peuvent diminuer comme augmenter la douleur suivant leur contenu mais elles n'agissent pas sur les mêmes zones cérébrales, en fonction de leur qualité sensorielle ou émotionnelle. L'hypnose agit donc sur deux aspects distincts de la douleur : la composante sensori-discriminative et la composante affective. Les modifications de la première sont corrélées à des modulations au niveau du cortex somesthésique et celles de la deuxième à des modulations au niveau du cortex cingulaire antérieur appartenant au système limbique et qui est également une structure impliquée dans l'attention et le contrôle du mouvement au cours d'une tâche cognitive.

2. DESCRIPTION DU PHÉNOMÈNE HYPNOTIQUE

2.1. Ecoles de pratique

2.1.1. L'hypnose traditionnelle

Toujours d'actualité, l'hypnose traditionnelle se sert de suggestions directes, c'est-à-dire simples, claires et directives pour lever le symptôme. Il n'est pas rare d'avoir recours à des objets spécifiques pour fixer l'attention de l'hypnotisé tels qu'un pendule, des affiches en forme de spirales ou un métronome.

L'induction est assez rapide et s'approfondit généralement avec de nombreuses répétitions qui entraînent l'hypnotisé dans un état de plus en plus profond. Malgré cela, l'hypnose traditionnelle parvient à ses limites lorsqu'un hypnotisé est jugé « résistant ». Cela signifie qu'elle n'est pas suffisamment flexible pour ces individus. Dans ce cas, il faut employer des méthodes plus souples pour que les résistances se déverrouillent d'elles-mêmes.

2.1.2. L'hypnose Ericksonienne

Il s'agit de la l'hypnose la plus connue et la plus pratiquée dans le monde.

Pour Erickson, l'hypnose est avant tout un phénomène naturel et banal, que chacun connaît lorsque, absorbé par ses pensées, il reste indifférent à ce qui se passe autour de lui. L'hypnose n'est alors rien d'autre qu'un outil d'apprentissage, qui permet au sujet de faire entrer dans sa vie des comportements nouveaux et appropriés à la situation à laquelle il est confronté.

Pour permettre à la transe de se développer chez le patient, Erickson insistait sur la nécessité pour le thérapeute d'entrer lui-même dans un état de plus grande concentration sur le sujet. Il avait l'habitude de se synchroniser sur la gestuelle, la voix et le rythme de respiration de son patient, en quelque sorte de rentrer dans son cadre de référence, ce qui lui permettrait de se sentir mieux compris, le thérapeute parlant avec la même voix que lui.

Milton Erickson définissait l'hypnothérapeute avant tout comme un catalyseur de l'inconscient, un compagnon du patient, conduisant celui-ci vers ses ressources intérieures, sa mémoire consciente et inconsciente, ses facultés d'apprentissage (7).

2.1.3. L'hypnoanalyse

Une autre école combine l'hypnose à l'approche psychanalytique que l'on nomme de ce fait « hypnoanalyse ». Il s'agit d'une forme de psychanalyse enrichie de techniques hypnotiques, ce qui est ici exploré est la subjectivité du patient, au travers des expériences vécues ou fantasmées comme telles.

L'hypnoanalyse utilise les conceptions analytiques, mais amplifie certains éléments liés notamment à la régression et aux phénomènes de transfert via le recours à l'état hypnotique d'une part, et la situation hypnotique d'autre part, favorisant un relationnel symboliquement très intime et parfois très proche des relations enfant-parents.

2.1.4. Autres pratiques

Citons ici la pratique apparentée à la psychologie du moi (*ego psychology*) et des auteurs qui ont établi un rapprochement entre ce courant principalement américain et l'hypnose (en tant que dissociation psychique et instaurant une régression du moi). Il s'agit notamment de Kubie, Margolin, Kline, Gill et Brenman. La pratique de la psychologie du moi (et son versant en lien avec l'hypnoanalyse) n'est cependant que peu trouvée en France, même si la pensée de ces auteurs est souvent citée en référence.

On citera également, le psychologue Oleg Poliakow qui a développé une pratique du rêve éveillé d'orientation phénoménologique, riche en principes et perspectives cliniques.

Enfin, l'auteur qui influence sans doute la pratique de l'hypnose actuelle (et son orientation) est un autre psychologue, François Roustang. Il propose une pratique de l'hypnose essentiellement axée autour du champ perceptif du patient, et met au centre de la pratique la question du mouvement.

2.2. Comment se déroule une séance d'hypnose ?

Il n'y a pas de règle établie pour la position : le patient, selon sa personnalité, peut être assis, couché ou même debout. La principale consigne est de se laisser aller, et surtout de ne faire aucun effort.

2.2.1. Intégrité du thérapeute

Le thérapeute « accepte » le patient tel qu'il est, et non tel qu'il devrait être.

Milton Erickson enseignait toujours à ses élèves de respecter et d'accepter la manière dont le patient se représentait son problème, avant de l'utiliser dans la stratégie thérapeutique (13).

Il va de soi que le thérapeute doit être guidé par les intérêts du patient, par sa souffrance, ses limites, ses ressources naturelles conscientes et inconscientes, sa santé, son bien être, sa qualité de vie, la confiance et l'espoir que ce dernier place en lui.

2.2.2. Le consentement du patient

Dans le cadre de l'hypnose thérapeutique, que celle-ci soit dispensée par un médecin, un dentiste, une psychologue, une sage femme, ou tout agent médical, il est une nécessité à laquelle nul soignant ne peut déroger : l'obtention du consentement éclairé du patient.

Cela consiste à obtenir l'accord du patient après s'être assuré de la bonne compréhension du soin qui va lui être administré.

2.2.3. L'alliance thérapeutique

L'une des choses les plus importantes est que la relation entre le patient et le thérapeute soit honnête et explicite. Toutes les questions ont le droit d'être posées avant, pendant et après une séance. De même l'objectif doit être clairement défini avant chaque séance d'hypnose. Cette étape présente d'abord l'intérêt de la mise en mots, de la demande jusque là peut être pas véritablement formulée. Sans cela, l'hypnose restera indéterminée, et il sera difficile de savoir si l'on observe ou non un changement, dès lors qu'on ne sait pas ce que l'on veut changer. Ainsi, l'alliance de qualité entre le patient et le thérapeute se fait par l'instauration d'un lien thérapeutique, appelé « accordage ». Le thérapeute ne juge pas, il rejoint le patient dans sa perception pour l'accompagner dans le processus de changement.

Parce que l'on se trouve dans un contexte de soins, il est légitime de prendre connaissance d'un diagnostic si celui-ci a été posé. Mais il faudra rester prudent et ne pas traiter le diagnostic plutôt que le patient. C'est la perception du patient qui prédomine (50).

2.2.4. Les techniques d'ajustement du thérapeute

Il s'agit d'un ensemble de tactiques de communication favorisant l'adhésion du patient et l'établissement de l'alliance thérapeutique. Cet ajustement, à partir de l'observation du verbal et du non verbal, est essentiel et dure tout le long de la séance.

Pour le thérapeute, il s'agit aussi bien d'écouter le verbal que le non-verbal, à savoir la posture, l'expression du visage, les gestes qui accompagnent le discours, les rythmes respiratoires qui vont confirmer ou infirmer le verbal. Savoir décrypter ces signaux non verbaux, souvent inconscients chez le patient permet au soignant de s'adapter au mode de communication du patient, afin d'aider au changement.

Une attention particulière doit également être apportée à l'ajustement du langage. Comme le disait Rudyard Kipling « *Les médicaments les plus efficaces pour l'homme sont les mots* », et le choix des termes que l'on utilise pour favoriser tel ou tel processus hypnotique est très important. Il convient d'éviter par exemple les mots à connotation négative. Le langage doit toujours être simple et adapté au patient.

Parmi ces techniques d'ajustement, nous trouvons l'attention et l'harmonisation au style d'expression et au comportement du patient, le *yes set*, le *pacing*.

2.2.4.1. Yes set (7)

La séquence d'approbation (*yes set*) fait partie des stratégies d'ajustement. Elle s'avère utile auprès de patients particulièrement résistants, découragés, méfiants envers tout projet thérapeutique nouveau.

La technique consiste à énoncer plusieurs propositions successives que le patient ne peut qu'approuver, suivies d'une proposition clé qui constitue une suggestion thérapeutique indirecte. Le patient approuvera cette dernière proposition puisqu'elle se trouve à la suite des précédentes (58).

Exemple-type avec un patient souffrant d'obésité (7) :

Propositions initiales du thérapeute :

« *Vous souffrez de cette obésité depuis longtemps, et c'est bien pénible ...* »

« *... et puis vous essayez tant de régimes miracles, sans résultat ...* »

« *... et vous vous êtes finalement découragé, convaincu que cette obésité était insurmontable ...* »

« *... pourtant vous en avez en même temps assez, et vous espérez sans trop y croire que l'hypnose est peut être une dernière chance à tenter ...* »

Enchaînement avec la proposition clé (projet thérapeutique) :

« *... alors je vais vous dire ce que je pense : je crois qu'il y a en vous toutes les ressources nécessaires pour maîtriser votre poids et votre silhouette ... nous pouvons travailler ensemble pour les explorer et les mettre en œuvre ...* »

2.2.4.2. Le tricot (*Pacing and leading* et assiettes tournantes) (13)

Le thérapeute observe et imite de façon subtile la façon de se comporter, sa gestuelle, la façon de parler du patient.

Cela consiste à établir un lien entre ce que le patient est en train de faire et ce que l'hypnothérapeute souhaiterait qu'il fasse. A la manière d'un tricot, les ratifications du thérapeute alternent avec ses suggestions. Rappelons qu'une ratification est la validation par le thérapeute d'un vécu, d'une pensée, d'une émotion, d'un comportement en les reconnaissant pour ce qu'ils sont. La suggestion est, elle, un acte par lequel une idée est insinuée dans l'esprit de l'interlocuteur. Cet enchaînement se réalise avec une conjonction de coordination (et, ou, mais, etc.), ou une implication causale (tandis que, pendant que, etc.).

Exemples-types :

- « *vous pouvez fixer ce point ...et vous sentir confortable dans ce fauteuil* »,
- « *vous pouvez entendre le tic-tac de l'horloge ... mais permettre au temps de s'écouler plus lentement* »,
- « *tandis que vous écoutez mes propos, votre esprit conscient peut se promener ailleurs* ».

Une variante du tricot utilisée en hypnothérapie familiale ou hypnose de groupe est ce que l'on pourrait appeler *la technique des assiettes tournantes* qui a été affinée au cours des siècles. Cette technique communicationnelle consiste en un semis d'inductions individuelles, à tour de rôle pour chaque participant et en présence des autres. Ces inductions conversationnelles sont des questions qui restent ouvertes, auxquelles le patient ne doit pas répondre de suite.

2.2.5. La suggestibilité

Comme dans le cas de toute communication humaine, la suggestion est naturellement présente au sein de toute relation thérapeutique, et pas seulement en hypnose. L'hypnose est pourtant la discipline qui l'a le plus systématiquement étudiée et pratiquée.

D'efficacité variable selon la personne, le contexte ou l'enjeu, les suggestions utilisent tous les canaux de la communication et revêtent toutes sortes de formes : verbales et para verbales. Elles sont présentes au cœur des relations humaines.

Au sens habituel du mot, une suggestion consiste à proposer quelque chose à quelqu'un. Il existe deux façons de procéder à une suggestion : directement, de façon autoritaire ou non autoritaire ou

de façon indirecte en ne disant pas ouvertement le but recherché. Dans ces différents cas, le souhait est d'aboutir au même résultat, mais en s'exprimant différemment.

Généralement, on classe la suggestibilité de « très suggestible », « moyennement suggestible » à « peu suggestible ». On considère qu'environ 80% des individus dans la population se situent dans la classe de suggestibilité moyenne, 10% se situent dans la classe des personnes hautement suggestibles, et 10% enfin seront faiblement suggestibles. (*Etude de Hilgard 1965 et Piccione 1989 (59)*).

2.2.5.1. Suggestions directes

Ce sont des propositions clairement exprimées au patient. Comme elles s'adressent à l'expérience consciente du sujet, elles sont faciles à comprendre, claires, et ne posent pas de problème de choix. Le patient fait facilement le lien entre la suggestion et le problème pour lequel il consulte. Il s'agit, pendant la transe hypnotique, de suggérer un comportement chez le patient qui pourra se produire tout de suite après la séance ou lorsque le patient en éprouvera le besoin (60).

Les suggestions directes restent souvent les mieux adaptés à l'hôpital, « territoire du soignant ». Certaines situations cliniques demandent que l'on travaille relativement vite, que ce soit en douleur aiguë, lors des accompagnements au bloc opératoire ou en dentisterie. Leur côté directif et autoritaire crée un cadre sécurisant en cas de stress ou d'anxiété importants. Dans ces cas là, les questions ouvertes et la possibilité de choisir majorent l'émotion dominante. Les questions fermées (qui appellent une réponse oui/non) et une position haute du praticien en hypnose semblent mieux adaptées.

Exemples-types (variantes pour obtenir la fermeture des yeux) :

- *« Fermez les yeux*
- *Je vous prie de fermer les yeux un instant*
- *Vous pouvez fermer les yeux maintenant*
- *Laissez donc vos yeux se fermer*
- *Je voudrais que vous fermiez les yeux »*

2.2.5.2. Suggestions indirectes

Elles ont également un objectif précis mais il n'est pas formulé de manière « ouverte » au patient, celui-ci n'en a pas conscience. Agir de cette manière favorise le contournement des résistances du

patient. Ces suggestions indirectes constituent les procédés rhétoriques habituels de la communication en hypnose.

La suggestion présentée sous cette forme est plus respectueuse. Le patient reste libre de refuser à tout moment une suggestion qui lui est faite.

- **Le truisme**

Il s'agit d'un énoncé d'évidence incontestable auquel le patient ne peut répondre que positivement. Il permet d'accompagner le patient vers un état d'esprit d'acceptation avant l'introduction d'une suggestion. Le message implicite qu'il contient est « *je m'intéresse à vous, je suis en lien avec vous (61)* ».

Exemple-type

« *Respirer, c'est vivre et chaque inspiration est une nouvelle bouffée de vie* »

- **Le paradoxe**

On suggère le contraire de ce que l'on souhaite en s'attendant précisément à entraîner la réaction inverse. Ceci permet de contourner les résistances. Ces suggestions sont à utiliser avec vigilance, le cerveau pendant la transe n'entendant pas la négation.

Exemples-types :

- « *J'aimerais que dans quelques minutes vous augmentiez votre mal de tête*
- « *... et vous ne cherchez pas à vous détendre ... vous ne cherchez même pas à vous relaxer ...* »
(Avec un patient tendu ou qui veut absolument se détendre.)

- **Le choix illusoire**

Il s'agit d'une proposition qui semble donner au patient le choix. Le fait de sentir qu'il y a une alternative possible lui apporte un sentiment de contrôle et augmente sa capacité d'acceptation. Quelle que soit la décision du patient, elle va dans la direction souhaitée.

Exemples-types :

- « *Préférez-vous être hypnotisé avec ou sans les lunettes ?* » (Vous allez être hypnotisé)
- « *Préférez-vous que je pose la perfusion à droite ou à gauche ?* » (Je vais poser la perfusion)

- *Laquelle de vos deux mains est la plus légère ? » (Une main est légère)*

- **Le saupoudrage**

Le thérapeute va prononcer dans son discours ou son accompagnement certains mots de façon différente, en laissant un temps de pause, après ces mots, qui peuvent évoquer l'apaisement, le calme, le changement, le mouvement.

Exemple-type :

« Et vous pouvez le faire tranquillement ... commencez à chercher votre position idéale ... en la cherchant simplement ... naturellement ... en explorant votre espace confortablement ... »

- **L'allusion**

Il s'agit de faire allusion à ce vers quoi on souhaite orienter le patient. Faire, par exemple, allusion au changement permanent que l'on peut observer dans la nature, le cycle des saisons, pour orienter le patient vers cette idée de changement.

Exemples-types

*« Faire allusion à l'écorce de l'arbre pour développer une idée de protection
Evoquer les jeux avec des boules de neige pour faire naître une sensation de fraîcheur. »*

- **La suggestion métaphorique (6)**

Les métaphores constituent sans nul doute l'outil le plus pointu et le plus caractéristique de la pratique de l'hypnose. Milton Erickson en a développé l'usage, la pratique avant lui étant presque entièrement tournée vers l'usage des suggestions directes.

Les métaphores sont la pierre angulaire de l'hypnose. Elles sont fréquemment utilisées sous forme d'expressions, d'images, d'histoires contées. Plus qu'une figure de style, elles s'adressent à la fois au conscient et à l'inconscient de la personne qui les écoute. Pour autant, certaines métaphores sont construites sur mesure, elles nécessitent une réflexion et un savoir-faire de la part du praticien qui les propose. D'autres s'improvisent au gré de l'échange entre le patient et l'hypnotérapeute.

Il s'agit d'une technique qui consiste à remplacer par un terme concret, une notion abstraite, le seul lien étant une analogie. L'analogie se définit comme une mise en lien de deux éléments qui n'ont pas

de rapport entre eux. Cette approche est donc bien plus subtile et plus fine qu'une approche directe, elle permet de dire les choses sans les dire ...

Son utilisation se retrouve dans de nombreuses situations :

- accompagner des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques,
- expliquer ou décrire un soin,
- induire une hypnose,
- rassurer en cas d'anxiété,
- faciliter un apprentissage ou activer des ressources.

Les métaphores peuvent être utilisées à tout moment, même en dehors d'une approche par l'hypnose.

La métaphore doit présenter certaines caractéristiques :

- la clarté : la métaphore doit être compréhensible
- l'objectif : il est déterminé par le thérapeute en fonction de la problématique du patient et validé par ce dernier
- le charme et l'originalité : la métaphore doit captiver l'attention du sujet
- le respect : des croyances, de l'univers moral et socio-culturel du patient

Exemple-type :

« Mlle P. est prise en charge pour une algoneurodystrophie persistante, consécutive à l'ablation d'un kyste au niveau du poignet gauche. La patiente ne tolère pas les antalgiques classiques et supporte difficilement les séances de kinésithérapie. Le médecin lui propose des séances d'hypnose ayant pour objectif de diminuer les sensations douloureuses d'améliorer la fonctionnalité de sa main. L'infirmière qui la prend en charge commence par un entretien afin de recueillir les données en lien avec sa douleur et ses répercussions dans son quotidien.

Au cours de cet échange, la patiente décrit la douleur comme « un étau », une sorte de « menotte utilisée au Moyen Age pour enfermer les prisonniers ».

L'infirmière décide d'utiliser cette image métaphorique au cours de la séance d'hypnose après avoir installé la patiente dans un lieu sécurisé :

« ... et vous êtes confortablement installée dans cet endroit ... vous êtes de plus en plus confortable et détendue ... vous prenez un livre posé près de vous ... un livre relié, orné d'une belle couverture en cuir ... en feuilletant les pages, vous découvrez les dessins ... vous vous installez encore plus confortablement et commencez la lecture ... Comme tous les contes, le livre débute par « il était une

fois ... une jeune femme, Agathe, qui vivait dans une belle région verdoyante, fleurie ... A cette période, certains royaumes combattent pour avoir le plus grand territoire possible et se livrent une lutte acharnée. Au cours d'un assaut, la jeune femme se retrouve prisonnière du château voisin. Elle est enfermée dans une tour, entravée par un bracelet de cuir ... ce bracelet est accroché à un anneau bien ancré dans le mur de pierre. La jeune femme, au tempérament vif, décide de se libérer et cherche autour d'elle ce qu'elle pourrait utiliser pour desserrer ou ouvrir cette attache, puis se libérer... Elle observe chaque recoin à la recherche de ce qui pourrait l'aider ...là bas, dans un coin, une esquille de bois, un peu plus près, une vieille aiguille coincée dans le sol, le long du mur, un bout de pierre tranchant et, ici, un fil de ses habits... Elle décide d'utiliser le bout de pierre tranchant et commence à le frotter sur le cuir ce dernier résiste car il est épais et ancien ... Agathe réfléchit et décide d'attraper l'aiguille pour crocheter la serrure du bracelet en cuir ... s'armant de patience, utilisant toute son habileté, elle réussit à desserrer le bracelet ... cependant pas suffisamment pour libérer sa main ... comment réussir à se libérer ? Agathe continue à se questionner, pour trouver une solution ... »

L'histoire se poursuit jusqu'à ce que la jeune femme se libère de cette entrave et regagne son château verdoyant et fleuri.

La patiente revient de cette séance d'hypnose amusée. Elle explique à l'hypnopratricienne que la douleur a augmenté pendant la séance d'hypnose sans percevoir d'amélioration ensuite. Deux consultations plus tard, elle signale qu'elle ressent une amélioration de son confort à certains moments de la journée ainsi qu'au niveau de la fonctionnalité de sa main (60)».

Pour faire l'expérience de l'hypnose, il faut quitter la cognition. Cela ne peut se faire parce que nous avons pris jusque là le temps d'établir un lien de qualité, et de déterminer précisément l'objectif. Maintenant, l'induction peut être proposée.

2.2.6. L'induction

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

L'induction est la première étape du processus hypnotique. C'est elle qui initie l'entrée dans l'hypnose. Pour cela, elle va dans un premier temps permettre au patient de sortir de la perception ordinaire, dominée par la logique, la maîtrise et la raison pour laisser place à l'augmentation de ses capacités d'imagerie mentale et de créativité : le sujet découvre ses possibilités, ses ressources.

Selon Erickson, ce temps de l'induction est un moment fondamental, qui va permettre au sujet de passer de l'état de veille à l'état hypnotique : c'est le moment nécessaire pour se fermer aux stimuli

externes ou internes (bruits, pensées, préoccupations, etc.). Du fait de la distorsion du temps, sa durée est très variable, de quelques secondes à de nombreuses minutes. L'induction repose toujours sur une focalisation de l'attention, elle consiste à absorber le patient sur un élément.

L'induction est donc une réponse aux premières suggestions du thérapeute, verbales et non verbales. Le choix de l'induction, lors d'une première séance, est capital : c'est d'elle que vont dépendre la qualité et la stabilisation de la transe. De la qualité de la relation qui s'installe, va elle-même dépendre l'efficacité thérapeutique (38).

De tout temps, ont existé pour provoquer une excitation sensorielle et un état de bien-être des rituels hypnotiques.

- Excitation visuelle : habits colorés lors du Carnaval au Brésil, masques, objets brillants, feu.
- Excitation auditive : musiques, chants, prières, mantra, silence.
- Excitation olfactive : herbes brûlées, parfums, encens.
- Excitation kinesthésique : danses, caresses, bains, petites brûlures.

Les techniques anciennes se caractérisent par leur directivité.

Les techniques actuelles, non autoritaires, sont plus douces, permissives, dites « indirectes » et font intervenir, le plus souvent, l'ouïe et la vue parfois l'odorat, le goût ou le toucher selon le patient.

Les innombrables méthodes d'induction, utilisent habituellement comme support les voies sensibles d'un ou de plusieurs canaux sensoriels. Il est donc important que l'hypnothérapeute ait une idée préalable du canal sensoriel préféré du sujet. Certains sujets, sont plus visuels qu'auditifs, d'autres plus auditifs, d'autres plus cénesthésiques ... Ainsi, le repérage du canal sensoriel préférentiel du patient à partir de l'échelle VAKOG (Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif) se révèle capital car il permet d'orienter les techniques d'inductions. La façon la plus simple de parvenir à ce type de diagnostic sensoriel sur l'échelle VAKOG consiste à parler avec le patient de ses activités quotidiennes, ses habitudes, ses loisirs, sa meilleure façon de se détendre ou se distraire, en repérant par la même les canaux sensoriels qui privilégie (6).

Ce test rapide de perception sensorielle est illustré dans l'Annexe 1.

Exemple de questions pouvant être posées au sujet : Quelle est la première chose qu'il fait en se réveillant ? Comment se relaxe-t-il en rentrant du travail ? Ecoute-t-il volontiers de la musique ? Aime-t-il prendre un bain ? Préfère-t-il regarder la télévision, peindre ou lire ?

Ainsi, le thérapeute prête attention au style de vocabulaire du patient, aux locutions et aux métaphores qu'il utilise consciemment ou inconsciemment, et qui constituent autant d'indices quant à son profil sensoriel.

Certains mouvements instinctifs des yeux, seraient par exemple une bonne indication de ces valences sensorielles, selon Bandler et Grinder (62).

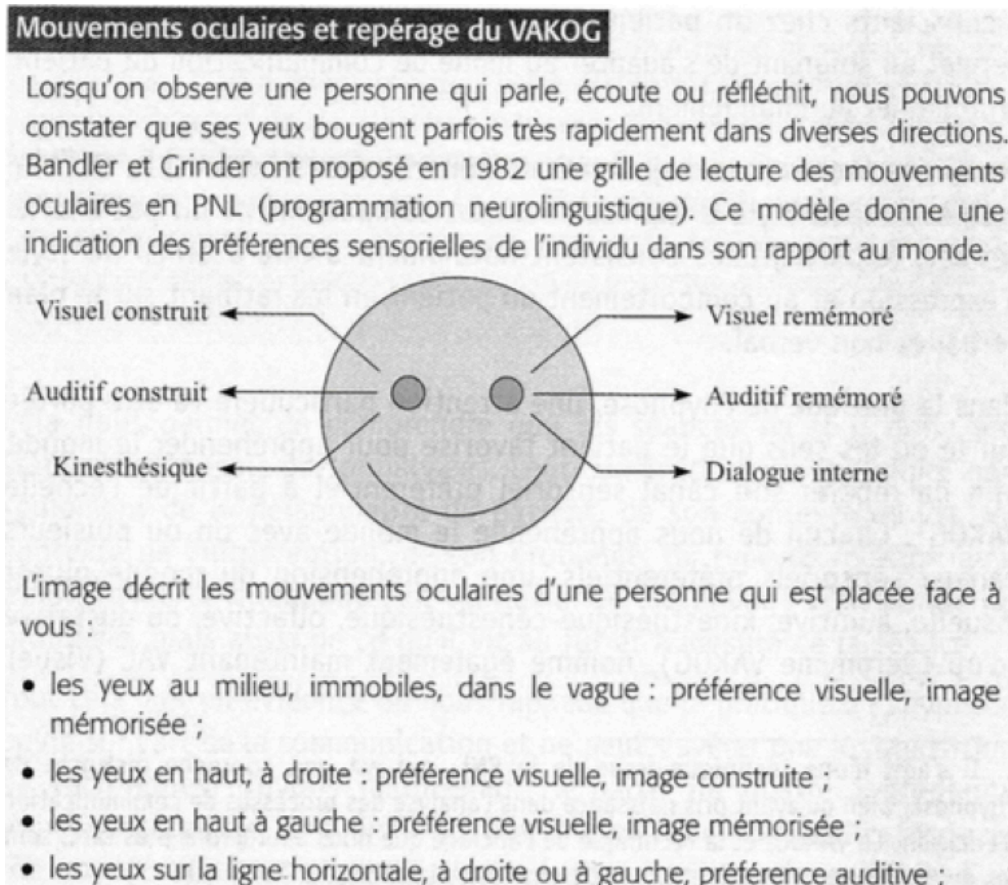


Figure 7 : Mouvements oculaires et repérages du VAKOG (6)



Image mémorisée
ou construite



Image construite



Mémoire visuelle



Auditif (ddc)



Auditif



Cénesthésique

Figure 8 : Position des yeux et détection du VAKOG (7)

Plusieurs techniques, prises ensemble ou séparément, peuvent être utilisées dans la phase de début et d'approfondissement. La méthode choisie sera celle qui convient le mieux aux besoins et à la personnalité du patient.

2.2.6.1. Induction visuelle

Cette technique a été mise au point par Braid.

Le thérapeute demande au patient de faire abstraction du monde extérieur et de fixer un point qu'il choisit lui-même, puis de regarder fixement ce point et de s'absorber dans cette vision. Les commentaires du thérapeute viennent ponctuer l'expérience par une série de suggestions indirectes, qui favorisent chez le patient une attitude d'attente curieuse.

Ce procédé est souvent utilisé par les hypnotiseurs de spectacle et par certains thérapeutes, le plus souvent sur un mode directif et autoritaire.

Exemple-type :

« Installez vous confortablement ... et lorsque vous sentirez que vous êtes confortable, vous pouvez choisir un point au dessus de la ligne d'horizon des yeux ... et lorsque vous aurez trouvé ce point, vous pouvez le fixer ... tranquillement ... alors vous pouvez observer ... ce qui se passe ... il se pourrait que ce point se modifie légèrement ... qu'il devienne plus brillant ou plus terne ... plus flou ou plus net. Vous observez tout cela avec curiosité ... laissez vos yeux décider s'ils ont envie de se fermer ou pas ... »

2.2.6.2. Induction cénesthésique

Ici, c'est le thérapeute qui propose au patient de se concentrer sur ses sensations corporelles (sans forcément chercher à les associer à la détente ou à la relaxation). Comme dans le cas des inductions visuelles, la voix du thérapeute joue un rôle important et à l'induction cénesthésique s'ajoute alors naturellement l'induction auditive, surtout si le thérapeute accorde le tempo de ses commentaires au rythme respiratoire du patient.

Exemple-type :

« Pouvez vous porter attention à la surface de contact de votre corps avec le fauteuil ? Vous pouvez observer de la tête aux pieds comment vous ressentez le contact de votre corps avec ce qu'il touche, comment vous ressentez votre tête ... le cou ... le contact de votre dos ... des épaules ... des bras sur les accoudoirs ... les jambes ... les pieds sur le sol. Prêter attention à votre présence ici et maintenant, la sensation d'être là où vous êtes ... sans effort particulier pour être. Vous pouvez ressentir le passage de l'air dans vos narines ... à chaque inspiration... la sensation du passage de l'air ... la région d'où semble naître la respiration au creux de l'estomac ... Qui va se desserrer comme un poing qui se desserre ... commencer à devenir un peu plus chaud ... tout au long de la séance et diffuser une chaleur agréable dans tout le corps... »

2.2.6.3. Induction auditive

Il peut s'agir de musique, de bruit de la rue, des sons du couloir, ou bien dans le cas le plus courant, de la voix du thérapeute. L'harmonisation de la voix du thérapeute sur le tempo de la respiration du patient facilite l'induction hypnotique. L'utilisation de la musique est une autre induction auditive qui peut être proposée à la fois en hypnose ou en autohypnose.

Exemple-type : Induction auditive proposée par Chertok, qu'il a nommé : *Méthode de simples suggestions verbales* :

« Je voudrais que vous vous détendiez, que vous détendiez tout votre corps. Je voudrais que vous ressentiez toutes les tensions qui existent dans vos muscles, et que vous vous détendiez ensuite. Détendez votre front, détendez les muscles de votre visage. Détendez-vous. Détendez les muscles de votre nuque, de vos bras, de vos jambes, de tout votre corps. Etirez vos bras et vos jambes. Vous sentez la pression de l'oreiller contre votre tête. Vous sentez la pression de l'oreiller contre votre nuque et contre vos épaules. Vous sentez le divan le long de votre dos. Maintenant vous portez votre attention sur vos cuisses et vous sentez que le divan soutient votre corps. Vous êtes très, très détendu. C'est comme si votre corps s'enfonçait dans le divan, s'y enfonçait complètement. Je veux que vous vous représentiez un endroit très plaisant, très agréable où vous pouvez vous allonger, oublier tous vos soucis, tous vos ennuis, un endroit où vous pouvez dormir. Cela peut être le bord de la mer, la montagne ou tout autre endroit que vous préférez. Vous respirez lentement et profondément. Etirez vos jambes, vos bras. Votre corps est mou et détendu (l'opérateur prend le bras du patient et le laisse retomber). Vous êtes très détendu, très, très détendu, Tout votre corps est très détendu. Vous êtes allongé dans un pré en montagne. C'est une journée très calme. Vous sentez l'odeur des pins, vous apercevez l'eau d'un lac. Votre esprit devient aussi tranquille que la surface de ce lac. Détendez-vous et dormez, dormez, dormez, dormez calmement et profondément. Dormez. (63) ».

2.2.6.4. Induction olfactive et gustative

Plus rarement utilisées, ces méthodes d'induction sont plus particulièrement proposées aux patients qui utilisent préférentiellement ces canaux sensoriels dans leur appréhension du monde. De façon générale, ces inductions sont très importantes pour travailler avec le patient sur ses émotions et sur ses souvenirs.

Exemple-type :

« Il s'agit de goûter un raisin en prenant conscience de toutes les dimensions sensorielles d'une telle expérience. Il est aussi possible de multiplier les champs perceptifs : observer le grain de raisin, écouter le moment où on le décroche de la grappe, le soupeser de la main, le presser légèrement, le porter à la bouche, ... »

2.2.6.5. Induction par le lieu de sécurité (safe place chez les anglo-saxons)

Cette induction désigne la représentation tranquilisante et réconfortante d'un « lieu » ou d'une « scène » qui a pour effet de créer ou de renforcer un sentiment personnel de sécurité.

Exemple-type :

« Et vous pouvez laisser vagabonder votre esprit ... vers un lieu où vous pouvez vous sentir bien ... un lieu qui existe ... ou que vous inventez ... Et vous pouvez être curieux de ce qui peut rendre un lieu parfait à vos yeux, sa luminosité peut être ... les couleurs ... ses odeurs ... ou peut être encore les sons que vous y entendez ... les sensations de chaleur ou de fraîcheur que ce lieu dégage ... et à chaque inspiration ... vous inspirez tout cela .. ; vous vous laissez traverser par tout cela ... comme si vous inspiriez ce lieu ... »

2.2.6.6. Induction par lévitation

Cette induction est basée sur l'utilisation des phénomènes idéomoteurs et de leur amplification. C'est l'imagination qui entraîne un mouvement du corps.

Exemple-type :

« Installez-vous confortablement ... les mains posées à plat sur vos cuisses ... et vous pouvez observer chacune de vos mains tout en laissant s'installer cette sensation de confort dans tout votre corps. Il se pourrait à un moment donné que vous commenciez à observer des petits mouvements dans l'une de vos mains ... peut être au niveau de la paume ... ou au dessus ... ou bien au niveau des doigts ... un mouvement d'écartement des doigts ou de soulèvement ... que vous laissez s'installer ... »

2.2.6.7. Induction par catalepsie du bras

On désigne par catalepsie le fait de garder ou de maintenir la position corporelle induite par l'hypnopraticien. La technique la plus utilisée est la catalepsie du bras.

Déroulement de l'exercice :

- *Le patient est prévenu que le thérapeute va soulever un de ses poignets*
- *Le thérapeute prend le poignet du patient entre son pouce et son index*
- *Il soulève le poignet du patient et plie son coude, de façon à rapprocher la main vers l'épaule*
- *Il lâche progressivement son contact avec le poignet du patient*
- *Il est ensuite nécessaire d'enchaîner sur une suggestion thérapeutique.*

2.3. Caractéristiques du patient sous hypnose

2.3.1. Les niveaux de profondeur de la transe

Il est important de préciser que les effets thérapeutiques ne sont pas proportionnels à la profondeur de la transe. Cela avait été déjà évoqué par Freud, et confirmé plus tard par Erickson. En effet, il est tout à fait possible de susciter des changements thérapeutiques au cours d'une transe légère alors qu'aucun changement ne peut être observé chez un patient en transe profonde.

Les études en laboratoire mesurant l'hypnotisabilité utilisent des échelles et tests de suggestibilité. Or, l'hypnose n'est pas superposable à la question de la suggestion, et de ce fait, les phénomènes analysés portant sur l'hypnotisabilité ne concernent qu'une dimension de ce phénomène.

Le sexe n'intervient pas sur la capacité hypnotique. Par contre l'âge est l'élément majeur à considérer dans l'aptitude hypnotique. Le « pic » d'hypnosabilité s'observe globalement entre 8 et 12 ans, pour ensuite décroître tout au long de la vie. Cela ne signifie pas qu'il est impossible d'hypnotiser un sujet âgé, mais qu'il faudra accorder à ce dernier un temps plus long et bien adapter l'induction hypnotique.

Bien qu'il n'existe pas d'éléments certains permettant d'expliquer cette susceptibilité à l'hypnose chez les enfants, on peut y voir deux explications (6) :

- Les enfants baignent dans un monde où ils ont l'habitude des suggestions de la part des adultes qui les guident. Cette modalité de communication leur est donc très familière.
- Les enfants ont l'habitude de la bascule entre imaginaire et réalité. Notamment dans les jeux, ils ont une place où ils sont réellement partis prenante de leur fantaisie. L'hypnose revêt de ce fait pour eux une dimension ludique importante, et qui leur est là aussi familière.

Depuis le XVIIIème siècle, divers auteurs se sont essayés à la classification des états de transe. En 1896, Albert de Rochas (1837-1914), militaire et administrateur français, auteur d'ouvrages sur les phénomènes paranormaux, rédige un ouvrage intitulé *Les états profonds de l'hypnose* (64) consacré

comme son nom l'indique exclusivement à l'étude des phénomènes hypnotiques obtenus par approfondissement d'une transe.

C'est Bernheim qui rapporte, dans l'ouvrage *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie (37)*, l'une des premières échelles de mesure de l'hypnotisabilité et de la profondeur de la transe.

Il est d'usage de considérer aujourd'hui qu'il existe trois niveaux de profondeur de la transe. On distingue l'hypnose légère, l'hypnose moyenne et l'hypnose profonde. Ces trois niveaux de profondeur sont exposés dans l'échelle de Davis et Husband en 1931, et pour être tout à fait exact, cinq niveaux d'hypnose y sont décrits : le niveau 0 est le stade réfractaire, c'est-à-dire l'absence de signes cliniques de la transe. Le niveau 1 est l'état hypnoïde. On y retrouve les symptômes expliqués ci-après, eux-mêmes classés par ordre de profondeur. On commence à observer la relaxation, puis le battement des paupières, la fermeture des yeux, et enfin la relaxation physique complète.

Degrés de profondeur de la transe hypnotique (7) (modifié d'après Rager, 1973)

- **Transe légère**
 - légers mouvements, sujet relaxé, battant des paupières
 - augmentation de la salivation
 - diminution de la fréquence respiratoire
 - approfondissement des mouvements respiratoires
 - relaxation de la tête avec affaissement du menton
 - relaxation des muscles du visage et congestion des lèvres

- **Transe moyenne**
 - augmentation de la relaxation
 - changement du rythme respiratoire et du tonus musculaire selon le thème abordé
 - augmentation de la sensation de calme intérieur
 - poursuite des réajustements corporels adaptatifs
 - mouvements oculaires rapides et réponses concrètes aux suggestions

- **Transe profonde**
 - état somnambulique
 - lévitation possible des bras
 - activité physique ralentie

- réponse ralentie aux suggestions
- difficulté à parler sans stimulation extérieure

2.3.2. Signes de l'hypnose

L'hypnosabilité étant difficile à définir, comment manie-t-on cette notion en pratique clinique, comment être certain qu'un patient est-il bien hypnotisé ?

Il n'existe pas de signes invariables ni prototypiques de l'expérience hypnotique. Ils vont dépendre du patient, du cadre de pratique (calme ou non, niveau de luminosité, position allongée ou non) et évidemment des suggestions faites. On peut observer la plupart du temps une certaine lenteur dans les mouvements, ou à l'articulation. La léthargie des premiers temps de l'hypnose, avec amnésie et autres phénomènes immédiats (contractures), n'est quasiment plus observée spontanément. Pour autant, ces éléments peuvent, lorsqu'ils sont suggérés par le praticien, constituer des indices d'hypnose.

En pratique clinique, on considère en réalité que le patient est hypnotisé quand il dit l'avoir été, et/ou quand il perçoit sa réalité autrement et/ou lorsqu'il agit les suggestions d'une façon différente qu'il le ferait en réalité.

3. LES PHÉNOMÈNES HYPNOTIQUES

Il s'agit de phénomènes qui se produisent spontanément ou en réponse à une suggestion de la transe. Ces phénomènes hypnotiques peuvent servir à des fins thérapeutiques.

On peut citer parmi ces phénomènes : les distorsions sensorielles, la catalepsie, la lévitation, la dissociation, la désorientation, la régression en âge, la progression en âge, l'amnésie et l'hypermnésie.

3.1. Les distorsions sensorielles

L'expérience même de la transe tend à créer spontanément des changements dans la perception des cinq sens. Ainsi, l'hypnose peut faire apparaître un flou dans les sensations, ou de véritables hallucinations sensorielles : l'apparition d'images qui semblent très réelles, des sons, la sensation de température différente, l'impression qu'un membre bouge alors qu'il ne bouge pas.

3.2. La catalepsie

La catalepsie est un phénomène physique provoqué par l'équilibre entre des groupes de muscles qui ont une fonction inverse. Un exemple tient dans le fait qu'un bras, s'il est soulevé par le thérapeute, peut tenir en l'air tout seul.

3.3. La lévitation

La lévitation comme la catalepsie permet au thérapeute d'apprécier l'entrée dans la transe de son patient, et constitue un travail thérapeutique à part entière.

3.4. La dissociation

Elle est à la fois une étape de l'hypnose mais également un phénomène obtenu par l'hypnose. En hypnosédation, la dissociation est appuyée et amplifiée par le thérapeute, de sorte que l'on peut réaliser un geste chirurgical locorégional sans que le patient en ressente l'inconfort.

3.5. La désorientation

Elle peut être temporelle : pendant l'hypnose, on perd la notion du temps. Le patient expérimente en effet spontanément une contraction ou une dilatation du temps.

La désorientation peut également être spatiale : il est fréquent de ne plus être capable de localiser la position exacte d'une partie du corps. Cette désorientation est peut être liée à la réduction de débit sanguin cérébral dans les régions du cerveau qui déterminent les sensations corporelles (cortex somesthésique).

L'ensemble de ces manifestations disparaît dès le retour à l'état de veille ordinaire.

3.6. La régression en âge

Elle consiste à remonter le temps pour explorer le passé. Il s'agit pour le patient de reprendre contact avec l'enfant qu'il était, ou avec une version de lui plus jeune, avec des rêves, d'idéaux ou de ressources qui lui font défaut aujourd'hui.

3.7. La progression en âge

En miroir avec la méthode précédente, la technique dite de progression en âge est une forme d'anticipation subjective des événements à venir, dans un futur proche ou lointain. On sait que le fait d'anticiper joue un rôle considérable sur la motivation et sur la façon dont l'affectivité peut, en dépit de la pensée rationnelle, servir ou saboter les projets, les décisions, les réalisations d'une personne.

3.8. L'amnésie

L'amnésie est l'oubli de ce qui a été vécu, que ce soit une expérience, une pensée, une obsession, un souvenir. A l'époque de Charcot, l'amnésie de la séance elle-même était recherchée comme témoin de la réalité de l'hypnose vécue par la patiente. Aujourd'hui on sait que l'amnésie n'accompagne pas systématiquement l'expérience. Cependant, on peut observer deux types d'amnésie en hypnose : il s'agit de distinguer l'amnésie spontanée qui a tendance à apparaître au détour d'une hypnose profonde, de l'amnésie provoquée dans un but thérapeutique.

Dans le cadre d'un sevrage tabagique par exemple, le thérapeute pourrait suggérer au patient d'oublier le geste de la cigarette. Le geste, artificiel, non naturel, s'en va et tombe dans l'oubli. Le patient « lâche » une habitude dans l'oubli.

3.9. L'hypermnésie

Il s'agirait de retrouver des souvenirs avec le maximum de détails. Cette technique est de moins en moins utilisée.

4. LA FIN DE LA SÉANCE

La fin de la séance est un moment important de toute procédure hypnotique.

Le retour doit se faire graduellement, avec des suggestions de bien-être et de repos. Il s'agit de procéder dans le sens inverse de l'induction faite et de réassocier l'esprit et le corps du patient. Il faut le ramener dans ses sensations corporelles, puis dans la pièce environnante et ce à son rythme, selon D. Michaux en 2007 (20).

Bien que le patient puisse lui-même, s'il le désire, mettre un terme à l'expérience hypnotique quand il le souhaite, c'est le plus souvent le thérapeute qui l'invite à rejoindre « l'ici et maintenant ».

Il n'y a pas, comme le pensent certains patients avant de commencer l'expérience de l'hypnose, de risque de « rester bloqué » dans la transe indéfiniment. Il est possible, en revanche, que le patient, en allant trop profondément dans l'expérience, et s'il est très fatigué, s'endorme et plonge dans le sommeil. Il n'est alors plus dans l'hypnose mais tout simplement en train de dormir, et il pourra se réveiller spontanément, soit être doucement invité par le thérapeute à ouvrir les yeux.

Il se peut que le sujet revienne trop rapidement et ressente des lourdeurs dans les membres, des nausées, des céphalées ou encore ait l'impression de rester dissocié. Cela s'arrange en ré-hypnotisant le patient et en le faisant revenir plus lentement à un état de conscience plus habituel, avec des suggestions de disparition de symptômes.

PARTIE III :
ACTUALITÉS DE L'HYPNOSE MÉDICALE

1. L'HYPNOSE EN FRANCE ET DANS LE MONDE

Aujourd'hui, dans de nombreux pays, des médecins, libéraux et autres, se servent de l'hypnose à des fins thérapeutiques. Comment expliquer ce regain d'intérêt pour l'hypnose ?

D'une part, les nouvelles technologies ont pu mettre en évidence, auprès des professionnels de santé et des patients, des modifications de l'activité neuronale dans certaines zones du cerveau lors de la transe hypnotique. D'autre part, les patients souhaitent plus fréquemment être acteurs de leur santé et expérimentent d'autres médecines. Les relations médecin-patient s'en trouvent changées et le rapport d'autorité existant au 20^{ème} siècle s'efface progressivement (65).

L'hypnose continue à se développer en France. On dénombre sur internet de plus en plus de cabinets d'hypnose (médicaux et non médicaux), d'associations (régionales, françaises, européennes), et de sites traitant du sujet avec des séances d'hypnose, d'émissions télévisées (15).

Les associations les plus connues sont en France :

- AFEHM (Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale)
- AFHYP (Association Française d'Hypnose)
- SFH (Société Française d'Hypnose)

En outre, l'apparition de nombreux instituts de Milton Erickson en France et dans le monde (USA, Canada...) témoigne de la progression de la discipline. Il est considéré comme le courant le plus important mondialement. Cependant il en existe d'autres comme celui de la SFH (15).

Le Congrès International de l'Hypnose a lieu régulièrement, tous les 2 à 5 ans. Cette année, il s'est tenu à Clermont Ferrand sous le thème « Hypnose au cœur des volcans : Activons nos consciences », du 10 au 13 mai 2017.

Après Paris en 2015, Montréal accueillera le 21^{ème} Congrès Mondial d'hypnose médicale et clinique du 22 au 25 Août 2018. Ce congrès permet les regroupements de cliniciens, chercheurs, et étudiants, intéressés à l'hypnose clinique et médicale, de plus de trente sociétés d'hypnose à travers le monde. Ce congrès, sur le thème « Hypnose et Synergie » offre une occasion unique d'assister à des présentations de pointe en hypnose clinique et médicale.

Actuellement, « *Pubmed* » comptabilise plus de 14000 articles concernant l'hypnose avec une nette progression ces dix dernières années (66).

Mais, nous ignorons toujours quel est le nombre réel de thérapeutes exerçant en France pratique (en cabinet, à l'hôpital public ou privé).

2. ASPECT RÉGLEMENTAIRE

2.1. Statut de l'hypnose en France

Actuellement, la profession d'hypnothérapeute n'est pas réglementée. L'hypnose ne bénéficie d'aucun encadrement légal. Par conséquent, toute personne peut devenir hypnothérapeute. Ainsi, il est fondamental pour le patient de connaître avant toute consultation les formations qu'a suivi le praticien. Les centres de formations sont répertoriés par la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves (CFHTB). Certains établissements de formation demandent des prérequis à leurs candidats (comme être professionnel de santé) (67).

2.2. L'acte hypnotique est-il remboursable ? (1, 68-70)

La jurisprudence considère l'hypnose comme un acte médical puisqu'il existe une cotation dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) tout comme l'ostéopathie ou l'acupuncture. Elle figure, depuis le 1er mars 2005, dans la classification sous le code «ANRP001» dont le nom est «séance d'hypnose à visée antalgique » et le prix de l'acte est nul (tout comme les séances de mésothérapie).

Sur le site de l'assurance maladie, il s'agit d'un acte non remboursable ou d'un acte pouvant être exonéré par la règle du seuil et exonérant alors la facture.

Lors de consultations externes seulement, cette activité peut être facturée lorsqu'il existe une cotation CCAM et d'un tarif d'assurance maladie comme pour les actes d'acupuncture et d'ostéopathie. Certains CHU ont créés un tarif à l'acte d'hypnose et ils le facturent en sus d'une consultation.

La notion de remboursement de l'hypnose reste floue, une clarification de la part de l'assurance maladie est souhaitable mais ne pourra se faire qu'après une reconnaissance officielle de la pratique de l'hypnothérapie et cela rendra certainement une prise en charge (sécurité sociale et mutuelles) mieux réglementée.

3. LIEUX DE FORMATION

3.1. Les professionnels de santé

En France, trois types de lieux de formation sont accessibles, avec des axes de formation clairs, des programmes pertinents et des formateurs réellement professionnels de santé.

- **Institut Français de L'hypnose (Paris) :**

Cet institut accueille une population de professionnels de santé. Il s'agit du seul institut privé qui propose une validation universitaire de ses parcours.

Deux filières de pratique existent : « Hypnothérapie » (pour les psychologues, psychiatres et les psychothérapeutes) et « Hypnose médicale et Hypnoalgésie » (pour les professions médicales et paramédicales).

La formation est d'orientation Ericksonienne pour l'hypnoalgésie, et toutes les grandes orientations sont représentées pour l'hypnothérapie (Erickson, hypnoanalyse, rêve éveillé d'orientation phénoménologique, hypnose en thérapie cognitivo-comportementale, etc.).

Un cycle de formation à la pratique de l'hypnothérapie est proposé sur 3 ans et le cycle de formation à la pratique de l'hypnoalgésie est proposé sur 2 ans.

Des formations spécifiques et courtes (de 7 à 10 jours) existent également (anesthésie, odontologie, kinésithérapie, communication hypnotique, etc.).

Site internet : <http://www.hypnose.fr>

- **Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves (CFHTB)**

Cette confédération regroupe les Instituts Milton Erickson ainsi que d'autres instituts dont les formations sont d'orientation plus éclectiques et intégratives comme l'Institut Français des Pratiques Psycho-Corporelles proposant des filières de formations en hypnose mais aussi dans d'autres pratiques psychocorporelles pour les professionnels de santé.

Certains organismes se positionnent de manière très claire pour que la pratique de l'hypnose à visée thérapeutique soit réservée à des professionnels de santé, suivant le positionnement de la société européenne d'hypnose et de la Société internationale d'hypnose.

La CFHTB a érigé ce positionnement en principe éthique « *L'hypnose considérée comme une possibilité d'aide parmi d'autres formes de pratiques scientifiques ou cliniques validées. Il en résulte*

que la connaissance des techniques d'hypnose ne saurait constituer une base suffisante pour l'activité thérapeutique ou de recherche. L'hypnopraticien doit donc avoir les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ où exerce son activité hypnotique : médecin, chirurgien-dentiste, psychologue, sage-femme, infirmier, kinésithérapeute.» et « L'hypnopraticien ne facilitera ni ne soutiendra la pratique de l'hypnose par des personnes non qualifiées ».

Sites internet : <http://www.cfhtb.org>
www.ifppc.eu

- **Les Diplômes Universitaires (DU)**

Les DU sont réservés aux professionnels de santé. Certains DU sont des formations destinées à tous les professionnels de santé, d'autres sont plus spécifiques et par exemple réservés uniquement aux médecins. C'est le cas par exemple du DU d'hypnose médicale de la Pitié-Salpêtrière, coordonné par le Dr Jean-Marc Benhaiem. Cette formation dure un an et ne s'appuie que sur les ressources de l'AFEHM(1).

De nombreux DU d'hypnose existent dans la plupart des grandes villes françaises.

A la faculté de médecine de Grenoble depuis 2015, le Docteur Jean-Pierre Alibeu et le Professeur Thierry Bougerol sont responsables du DU « Hypnose thérapeutique et médicale pour les professionnels de santé ». La durée de la formation est de un an comptant douze journées d'enseignement.

Cette formation s'adresse aux médecins thésés, aux chirurgiens-dentistes, aux internes en médecine et en odontologie, sages-femmes, psychiatres et autres spécialités, psychologues cliniciens, psychothérapeutes inscrits sur le registre national des psychothérapeutes ; masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers.

La plupart de ces DU sont proposés dans le cadre de la formation continue et du développement professionnel continu (DPC).

3.2. Formations destinées à un public plus large, sans qualification requise (1)

D'autres organismes proposent des formations ouvertes à tous, non réservées aux seuls professionnels de santé, ce qui soulève des interrogations éthiques.

Il n'y a pas de texte légal interdisant la dispense de ces formations à des non professionnels de santé, néanmoins, l'utilisation du label « hypnose thérapeutique » et sa pratique par des non médecins est condamnable. En effet, cela a déjà fait l'objet de condamnations pour exercice illégal de la médecine (article L.4161-1 du code de la santé publique).

4. L'HYPNOSE QUI SOIGNE (71)

Si l'hypnose existe depuis des centaines d'années, il est difficile encore aujourd'hui de juger clairement de son utilité dans le domaine médical.

4.1. Les applications de l'hypnose

La palette de troubles cliniques auxquels l'hypnose peut être appliquée avec une certaine efficacité est plutôt large.

Mais il est très difficile de poser précisément les indications de l'hypnose car la méthode est variée et le domaine d'action est vaste.

Le champ d'applications de l'hypnose est très étendu qualitativement et quantitativement. Car elle peut s'appliquer à toutes les spécialités médicales y compris les psychothérapies et le coaching, de l'enfant aux personnes âgées. Le nombre de personnes concerné est donc très élevé.

La société française d'hypnose mentionne des indications sur son site internet, reprises dans le tableau suivant :

En psychologie et psychiatrie	« problèmes d'estime de soi, d'affirmation de soi, de préparation aux examens, gestion du trac dans le domaine artistique, gestion du stress personnel et professionnel, difficultés relationnelles, conjugales, phobies sociales..., anxiété, insomnies, phobies, angoisses, obsessions, tocs, attaques de panique, troubles dépressifs et apparentés, harcèlements, surmenage professionnel, <i>burn-out</i> , etc. »
En psychotraumatologie et victimologie	« syndrome post-traumatique, accidents graves, catastrophes, cataclysmes, faits de guerre, attentats, braquages, prise d'otages, choc post-chirurgical, agressions, viols, etc. »
Troubles du comportement alimentaire	« boulimie, anorexie, obésité, hyperphagie, etc.»

En addictologie	« tabac, alcool, drogues, jeux, internet, sexualité, etc.»
Chez les enfants	« énurésie, troubles du sommeil, des apprentissages, affirmation de soi, bégaiement, onychophagie, problèmes relationnels, manque de concentration, hyperactivité, etc. »
Troubles psychosomatiques	« asthme, hypertension artérielle, migraines, troubles digestifs, urogénitaux, problèmes dermatologiques, rhumatismes, etc.»
En sexologie	« troubles de la fonction sexuelle éjaculation précoce, absence de désir, de plaisir, troubles de l'érection, dyspareunie, vaginisme, etc.»
En neurologie	« tics, paralysie faciale à <i>frigore</i> , migraines, céphalées, etc. »
En pneumologie et ORL	« asthme, allergies, rhinites, sinusites, acouphènes, hyperacousie, perte du goût et de l'odorat, etc. »
En gastro-entérologie	« ulcères, colites, gastrites chroniques, etc. »
En cardiologie	« certains troubles du rythme, hypertension artérielle, problèmes vasculaires, etc.»
En gynécologie et obstétrique	« grossesse difficile, nausées, vomissements, accouchement, certaines stérilités, dysménorrhées, problèmes urinaires, etc.»
En dermatologie	« allergies, psoriasis, urticaire, eczéma, verrues plantaires, onychophagie, hyperhydrose, amélioration de la cicatrisation des brûlures, etc. »
En dentisterie	« anesthésie, contrôle du saignement, de la salivation, adaptation des prothèses, etc. »
Douleurs aiguës ou chroniques	« fibromyalgie, membre fantôme, migraines, analgésie, anesthésie, etc. »
En soins palliatifs (accompagnement des malades atteints de cancer, du sida, de pathologies graves)	« soutien psychologique, réduction des effets secondaires des traitements, prolongement et amélioration de la survie, traitement de la douleur, etc.»
Chirurgie et examens médicaux - anesthésie	« utilisée en anesthésie l'hypnose permet de diminuer les drogues et leurs effets indésirables, elle favorise les soins en ambulatoire, elle permet d'accéder avec plus de confort à des examens médicaux tels que fibroscopie, gastroscopie, coloscopie... Elle mettra en confiance le patient en vue d'une intervention chirurgicale. »
Dans le domaine sportif	« préparation mentale, optimisation du potentiel, récupération, motivation, gestion du stress et des émotions, etc.»
Dans le domaine	« l'hypnose offre l'avantage de sensibiliser le sujet à la notion de santé

de la prévention	holistique, l'encourageant à se prendre en charge, à développer ses ressources, ses potentialités grâce à l'autohypnose, par exemple prévenir une crise d'asthme, ou en diminuer l'intensité, etc.»
-------------------------	---

Tableau 1 : Les applications de l'hypnose

Actuellement, l'hypnose a démontré un intérêt thérapeutique probable uniquement dans deux indications : la sédation/analgésie pendant l'acte chirurgical et le syndrome de l'intestin irritable.

4.1.1. La sédation/analgésie pendant l'acte chirurgical (72)

L'hypnose a une efficacité avérée contre la douleur. Les études réalisées en imagerie ont montré que l'hypnose réduit l'activité des principales aires de la douleur (la substance grise périacqueducale, le cortex cingulaire antérieur, l'insula et le cortex somatosensoriel) : les suggestions d'analgésie sont particulièrement efficace.

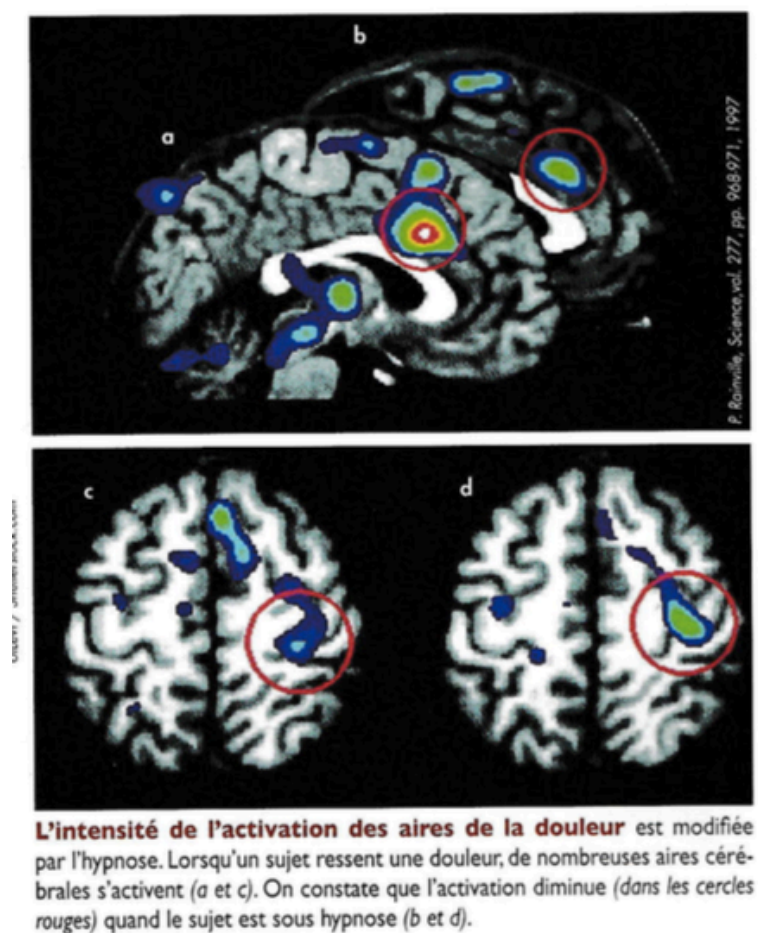


Figure 9 : L'intensité de l'activation des aires de la douleur (8)

L'hypnose a été introduite dans les blocs opératoires, en salles de réveil et dans les services de réanimation. Les médecins anesthésistes réanimateurs utilisent l'hypnoanalgésie seule, lors d'interventions légères (chirurgie de la thyroïde ou du sein) ou bien en complément des médicaments anesthésiants.

L'usage de l'hypnose durant les interventions chirurgicales permet de limiter la consommation de médicaments antalgiques, ce qui réduit les complications postopératoires et les nausées et vomissements dus à l'intubation. Par ailleurs, le confort de l'opéré est amélioré. La durée d'hospitalisation est réduite et le coût global de l'intervention diminué. De plus, les équipes soignantes de ces services déclarent que leur confort de travail est lui aussi augmenté.

Guy de Montgomery, de l'Université d'Oxford, a conduit une étude sur 200 femmes devant subir une mammectomie pour tumeur du sein (73).

Les doses de médicaments administrées ont été comparées entre les groupes. Globalement les patients du groupe hypnose ont reçu moins de médication que les patients du groupe contrôle. Une analyse par type de traitement a montré des différences statistiquement significatives pour la lidocaïne (- 6,86 ml en moyenne dans le groupe hypnose) et le propofol (- 32,63 µg, en moyenne dans le groupe hypnose) mais pas pour le fentanyl ni le midazolam.

Les symptômes rapportés par les patientes et mesurés à l'aide d'EVA ont été comparés entre les groupes.

Ce critère d'évaluation a montré que les femmes qui avaient bénéficié d'une séance d'hypnose avant l'opération avaient ressenti une amélioration de leur confort physique et psychologique, et que les suites opératoires avaient été meilleures que pour les femmes n'ayant pas bénéficié de l'hypnose. Par rapport à un groupe témoin, les scores d'anxiété, de confort, ainsi que la douleur et les nausées, avaient été améliorés de plus de cinquante pour cent. L'autohypnose pratiquée lors du traitement permet de mieux gérer les effets secondaires, notamment les nausées et les vomissements.

Enfin, les auteurs rapportent une durée opératoire significativement inférieure dans le groupe hypnose (43 minutes versus 54 minutes) mais pas de différence dans les durées passées en salles de réveil.

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Montgomery 2007 Journal of the national cancer institute Montgomery 2010 Journal of consulting and clinical psychology				
<p>- RCT</p> <p>-2 groupes</p> <p>-chirurgien, anesthésiste et évaluateurs en aveugle.</p> <p>- estimation du nombre de sujets nécessaires : 200 (alpha 0.05 et puissance de 80%)</p> <p>-</p> <p>Randomisation informatisée, stratifiée sur le type d'intervention (biopsie ou lumpectomie)</p> <p>- étude monocentrique Réalisée sur une période de 6 ans (Février 2000 à Février 2006)</p> <p>Agrément du comité institutionnel de l'école de médecine du Mont Sinai</p>	<p>- Suivi : aucun suivi au-delà du jour de l'intervention</p> <p>Mesures :</p> <p>-à la fin de la journée, avant la sortie de la patiente, mesures par EVA de : douleur (intensité et caractère désagréable), fatigue, nausée, inconfort physique, bouleversement émotionnel</p> <p>-données médicales et chirurgicales à partir des dossiers médicaux du patient (antalgiques et sédatifs per opératoires, antalgiques post opératoires, durée opératoire, durée en salle de réveil...)</p> <p>-Données démographiques (par questionnaire)</p> <p>Pour le groupe hypnose : avant et juste après la séance : mesures par EVA de la douleur, fatigue, nausées, bouleversement émotionnel, relaxation. + mesure de la détresse émotionnelle (SV-POMS).</p>	<p>Sujets : femmes adressées pour biopsie mammaire ou lumpectomie, avec ou sans exérèse ganglionnaire limitée associée. Capables de parler et de lire l'anglais et d'accord pour être randomisée dans l'un des 2 groupes.</p> <p>Exclusions : mastectomie, exérèse ganglionnaire complète, comorbidité somatique ou psychiatrique majeure non contrôlée.</p> <p>Randomisation : 200 sujets</p> <p>-groupe contrôle : 95</p> <p>- hypnose : 105</p> <p>Analyse en ITT</p> <p>-groupe contrôle : 95</p> <p>- hypnose : 105</p> <p>Dans leur data management, les auteurs se sont intéressés aux outliers (ils ont identifié 1 valeur extrême pour la quantité de propofol administrée, et 2 pour le temps passé à la clinique) et ont cherché à limiter les biais induits par les valeurs extrêmes en utilisant la méthode de « winsorization » (qui remplace les valeurs extrêmes par des valeurs moins extrêmes). Les auteurs ont recherché un éventuel effet « anesthésiste ». N'en ayant pas trouvé, ils ont finalement présenté des modèles sans ajustement sur l'anesthésie.</p>	<p>2 groupes :</p> <p>-Groupe hypnose : intervention standardisée de 15 minutes précédant la chirurgie, incluant une relaxation, des suggestions d'images visuelles plaisantes, des suggestions d'expérience de relaxation et de paix, des suggestions orientées sur des symptômes spécifiques (afin de diminuer la douleur, les nausées, la fatigue), une procédure d'approfondissement et des instructions pour utiliser l'hypnose sans l'aide du thérapeute.</p> <p>-Groupe contrôle « attention » : intervention standardisée de 15 minutes. Cette intervention était proposée afin de contrôler sur l'attention professionnelle accordée aux patients du groupe hypnose. Le protocole suivi était inspiré de celui utilisé dans les études de Lang et de ses collègues et présentés dans le paragraphe Médecine ou radiologie interventionnelle.</p> <p>4 thérapeutes (psychologues thésés, avec une formation approfondie en hypnose) prodiguaient les interventions. Ils intervenaient aussi bien dans le groupe contrôle que dans le groupe intervention. Les thérapeutes avaient tous une formation pratique sous la supervision du 1^{er} auteur.</p> <p>Dans les 2 groupes, l'intervention avait lieu dans l'heure précédant la chirurgie. 20% des enregistrements audios des séances ont été écoutés par le premier auteur afin de s'assurer de la fiabilité des interventions au protocole.</p> <p>Les protocoles chirurgicaux et d'anesthésie étaient appliqués. Les chirurgiens et anesthésistes étaient en aveugle.</p> <p>L'anesthésie administrait des doses de sédatif en fonction de l'état du patient selon un protocole précis.</p> <p>En post anesthésie, des antalgiques étaient administrés au patient en fonction de leur intensité douloureuse.</p>	<p>Multiplés non hiérarchisés</p> <p>Critères subjectifs : douleur (intensité et caractère désagréable), fatigue nausée, inconfort physique, bouleversement émotionnel mesurés par EVA</p> <p>Critères objectifs : Consommation d'antalgiques et sédatifs per opératoires, antalgiques post opératoires, Durée opératoire, durée en salle de réveil (à partir des dossiers médicaux)</p> <p>Coût : à partir des données financières de l'hôpital (salaires, coûts médicaux, temps passé) et des données de remboursement.</p>

Tableau 2 : Montgomery 2010 Journal of consulting and clinical psychology (1)

4.1.2. Hypnothérapie et prise en charge de la douleur dans le syndrome de l'intestin irritable

Le syndrome de l'intestin irritable est le trouble fonctionnel intestinal le plus fréquent. Sa prévalence moyenne est de 10% dans la population générale et représente un tiers des motifs de consultation en gastroentérologie. Il existe une prédominance féminine avec un sexe-ratio de 2 à 3 pour 1. Le diagnostic est la plupart du temps posé entre trente et quarante ans, mais l'âge de début des symptômes peut être plus précoce. Dans un à deux cas sur dix, le syndrome de l'intestin irritable apparaît après un épisode de gastroentérique (74).

Le SII, anciennement dénommé colopathie fonctionnelle, est un trouble fonctionnel digestif chronique matérialisé par des douleurs abdominales, des ballonnements, des troubles du transit intestinal sous forme de diarrhée, de constipation, ou d'alternance des deux, sans qu'il ne soit retrouvé de pathologie organique sous-jacente.

Il est défini par des critères cliniques qui ont évolués avec le temps, les derniers en date étant les critères de Rome III.

Critères de Rome III (75) :

Douleur abdominale ou inconfort digestif (sensation abdominale désagréable non douloureuse) survenant :

- au moins 3 jours par mois
- durant les 3 derniers mois
- associée avec au moins deux des critères suivants :
- amélioration par la défécation
- survenue associée à une modification de la fréquence des selles
- survenue associée à une modification de la consistance des selles

Plusieurs facteurs déclenchants du SII ont été identifiés :

- le stress
- un syndrome dépressif
- des abus sexuels dans l'enfance ou l'adolescence
- une infection intestinale
- les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

La première étude randomisée testant l'efficacité de l'hypnose au cours du SII date de 1984. Cette étude de l'équipe de Manchester a montré que l'hypnose améliorait tous les symptômes (douleurs, ballonnements) chez des patients atteints de SII (76).

Pendant longtemps, seul ce groupe s'est intéressé à l'hypnose et plusieurs études ouvertes ont montré que l'efficacité se maintenait à long terme (81 % d'amélioration à 5 ans chez les réponders initiaux) entraînant une amélioration de la qualité de vie, une diminution du recours aux soins, que les résultats étaient meilleurs chez les sujets de moins de 50 ans, que l'hypnose améliorait les symptômes extradiigestifs et qu'elle permettait de corriger l'hypersensibilité viscérale à la distension (77).

Après une longue période de scepticisme, d'autres études ont confirmé ces résultats et l'hypnose est maintenant reconnue comme une option thérapeutique valide au cours du SII. Il est possible que l'hypnose puisse être plus efficace chez les patients dont les symptômes sont augmentés ou déclenchés par le stress mais ceci n'a jamais été confirmé (78).

Récemment, une revue Cochrane (Webb, Kukuruzovic et al. 2007) s'est intéressée à l'hypnose dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable. Deux essais viennent compléter cette revue (Lindfors, Unge et al. ; Moser, Tragner et al.)

Revue	Indication	Nombre d'ECRs (Effectif Total)	Comparaisons comprises dans les critères d'inclusion	Critères de jugement (principal)	Résultats principaux	Conclusion des auteurs
(Webb, Kukuruzovic et al. 2007) Australie 2007	Prise en charge du syndrome de l'intestin irritable	4 essais (N=147) réellement randomisés - et quasi randomisés	Intervention : hypnothérapie Comparateur : - Pas de traitement - Autres interventions	-Score global de sévérité des symptômes intestinaux (combinant douleur abdominale, la diarrhée ou la constipation et le ballonnement)	Pas de méta-analyse réalisée du fait de l'hétérogénéité dans les groupes contrôle, dans les critères de jugement et dans le design des essais. Versus liste d'attente ou prise en charge habituelle l'hypnothérapie était associée à des meilleurs résultats sur la douleur abdominale et sur les symptômes primaires composites du syndrome de l'intestin irritable, à court terme.	Les 4 essais de petite taille inclus dans la revue suggèrent un effet bénéfique à court terme mais cela n'a pas été démontré de manière convaincante. En effet, les résultats doivent être interprétés avec prudence du fait des faibles effectifs et des limites méthodologiques des essais. L'efficacité à long terme est incertaine et n'a été évaluée que dans une seule étude, sans montrer de bénéfice prolongé dans le temps. Cependant, l'hypnothérapie apparaît être une intervention sûre et pourrait donc être essayée chez les patients résistant au traitement médical standard.

Tableau 3 : Troubles digestifs : SII (revue Cochrane) (1)

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Lindfors 2012 <i>The American Journal of gastroenterology</i>				
<p>-2 RCT</p> <p>-2 groupes par essai</p> <p>-en ouvert ; investigateurs en aveugle</p> <p>- Pas d'estimation du nombre de sujets nécessaires</p> <p>- Randomisation : Etude 1 : randomisation par bloc de 4 réalisée par une infirmière de l'étude (non impliquée dans l'analyse des données)</p> <p>Etude 2 : Randomisation informatisée par un statisticien de l'hôpital non impliqué dans l'étude par ailleurs.</p> <p>Agrément du comité d'éthique local et du comité d'éthique de l'université de Gothenburg</p> <p>Suède</p>	<p>- Suivi : 1 an</p> <p>Mesures : -symptômes digestifs, qualité de vie, anxiété et dépression : état basal mesuré pendant 2 semaines avant la randomisation</p> <p>Juste après le traitement (soit 3 mois après la randomisation)</p> <p>Ainsi qu'à 1 an pour les patients du groupe hypnothérapie</p>	<p>Sujets : patients atteints du syndrome du côlon irritable (selon les critères Rome II) et ne répondant pas à la prise en charge standard.</p> <p>Exclusions : comorbidité sévère</p> <p>138 sujets</p> <p>Etude 1 : Randomisation : 90 sujets Groupe hypnothérapie : 45 Groupe contrôle soutien : 45</p> <p><i>Suivi à 3 mois</i></p> <p>Groupe hypnothérapie : 45 Groupe contrôle soutien : 42 (3 drop-outs : 1 grossesse et 2 retraits volontaires)</p> <p>Etude 2 : Randomisation : 48 sujets Groupe hypnothérapie : 25 Groupe contrôle liste d'attente : 23</p> <p><i>Suivi à 3 mois</i></p> <p>Groupe hypnothérapie : 22 (3 drop-outs, 1 déménagement et 2 sorties d'étude volontaires)</p> <p>Groupe contrôle soutien : 23</p> <p>Analyse en intention de traiter. Imputation des données manquantes : dernière observation disponible</p> <p>Pas d'ajustement pour tests multiples</p>	<p>2 études</p> <p>Etude 1 : 2 groupes recrutés dans un service spécialisé d'un hôpital universitaire</p> <p>-Groupe hypnothérapie : 12 sessions individuelles d'1 heure par semaine, en cabinet privé. Pratique à domicile conseillée</p> <p>-Groupe contrôle : thérapie de soutien (en attendant l'hypnothérapie) : 1 heure de conseils avec un diététicien, 1 heure sur la relaxation physique avec un physiothérapeute, 1 heure sur la physiopathologie avec un médecin gastroentérologue + support téléphonique prodigué par une infirmière</p> <p>Etude 2 : 2 groupes recrutés dans un hôpital général (bassin de vie de 100 000 habitants)</p> <p>-Groupe hypnothérapie : 12 sessions individuelles d'1 heure par semaine dans un hôpital local. Pratique à domicile conseillée avec cassettes audio remises au patient.</p> <p>-Groupe contrôle : liste d'attente (en attendant l'hypnothérapie)</p> <p>Dans les 2 études, l'hypnothérapie était « dirigée vers l'intestin » : basée sur la relaxation mentale et musculaire, des suggestions pour se concentrer sur les symptômes ou s'en distraire. Suggestions spécifiques de normalisation de la fonction intestinale. Basée sur (Whorwell, Prior et al. 1984)</p> <p>Les psychologues de l'étude avaient une expérience limitée en ce qui concernait l'hypnothérapie dirigée sur l'intestin, mais avaient tous été formés par des hypnothérapeutes spécialisés dans ce domaine et avaient tous une expérience significative de l'hypnothérapie dans la prise en charge d'autres pathologies.</p>	<p>Principal :</p> <p>Symptômes digestifs mesurés par questionnaire :</p> <p>Etude 1 : GI-symptom questionnaire (créé spécifiquement pour l'étude) : évalue la sévérité perçue des symptômes durant la semaine écoulée. 7 échelles de Lickert de 1 à 7 évaluant le ballonnement, les flatulences, la douleur, la diarrhée, le besoin imminent, la constipation, et l'évacuation incomplète.</p> <p>Score global de 7 à 49</p> <p>Etude 2 : GSRS-IBS. 13 échelles de Lickert de 1 à 7 recouvrant 5 grands domaines : douleur, ballonnement, constipation, diarrhée et satiété.</p> <p>Secondaires :</p> <p>Qualité de vie</p> <p>Etude 1 : IBS-QOL 30 items recouvrant 9 dimensions : fonctionnement émotionnel, santé mentale, sommeil, énergie, fonctionnement physique, régime, rôle social, rôle physique, relations sexuelles. Score global de 0 à 100</p> <p>Etude 2 : SF-36. 36 items recouvrant 8 dimensions : fonctionnement physique, douleur, santé perçue, vitalité, fonctionnement social, santé mentale, limitations du rôle liées à la santé physique, limitations du rôle liées à la santé mentale). Score de 0 à 100 pour chaque sous échelle et score global « physique » et « mental ».</p> <p>Anxiété et dépression : Echelle HAD, composée de 14 items (7 concernant la dépression et 7 l'anxiété).</p> <p>-survenue d'événements indésirables : question posée par le psychologue à la fin de la séance</p>

Tableau 4 : Lindfors 2012 *The American Journal of gastroenterology* (1)

Les auteurs de cette étude ont pu observer une différence statistiquement significative entre le groupe « hypnothérapie » et le groupe « thérapie de soutien » avec une réduction du score de sévérité globale des symptômes à trois mois plus marquée dans le groupe « hypnothérapie » par rapport au groupe contrôle. De plus, dans le groupe « hypnothérapie » cette réduction de la sévérité des symptômes persistait lors du suivi à un an.

Concernant les critères de jugement secondaire, les comparaisons entre les groupes n'ont pas montré de différence statistiquement significative entre les groupes hypnose et les groupes contrôle pour ce qui est des mesures de la qualité de vie, ce qui n'est pas le cas avec les mesures d'anxiété et de dépression pour lesquelles une différence statistiquement significative a été

démontré avec une plus grande réduction de l'anxiété à trois mois dans le groupe hypnose par rapport au groupe contrôle.

Les auteurs soulignent que leurs résultats ne sont pas aussi significatifs que ceux rapportés par d'autres études comme par exemple celle de Whorwell, Prior et al. 1984. Le faible effectif de l'étude peut expliquer ces résultats. De plus, l'expérience des hypnothérapeutes dans la prise en charge spécifique du syndrome de l'intestin irritable n'était peut être pas suffisante pour une prise en charge optimale des patients.

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Moser 2013 The American Journal of gastroenterology				
<p>- RCT</p> <p>-2 groupes</p> <p>-en ouvert ; évaluateurs en aveugle</p> <p>- estimation du nombre de sujets nécessaires (amélioration de 50% envisagée dans le groupe hypnose vs de 15% dans le groupe contrôle)</p> <p>- Randomisation : Par bloc de 4, 1 semaine avant la 1^{ère} séance</p> <p>Recrutement : Mai 2008 à Septembre 2009</p> <p>Université de médecine de Vienne, Autriche</p>	<p>- Suivi : 1 an après la fin de l'intervention</p> <p>Mesures : -à l'inclusion, aux séances 1, 3 et 10, puis à 3, 6 et 12 mois : IBS impact scale, qualité de vie (SF-36), hospital anxiety and depression scale</p>	<p>Sujets : patients atteints du syndrome du côlon irritable (selon les critères Rome II) et ne répondant pas à la prise en charge standard.</p> <p>Exclusions : grossesse, chirurgie digestive, retard mental, connaissance de l'allemand insuffisante, comorbidité sévère, pathologie psychiatrique, traitement antidépresseur récent (non stabilisé depuis >=3 mois), durée de trajet domicile-hôpital<1h. En cas de découverte récente d'une intolérance au lactose/fructose les patients n'étaient pas exclus si un régime adéquat d'au moins 3 semaines ne modifiait pas leurs symptômes.</p> <p>164 patients dépistés 100 patients randomisés</p> <p>Randomisation : 100 sujets Groupe hypnose : 51 Groupe contrôle : 49</p> <p>Analyse sur ces 90 sujets</p> <p>Attrition progressive :</p> <p><i>A la fin de l'intervention</i> Groupe hypnose : 46 Groupe contrôle : 43</p> <p><i>A 3 mois de suivi</i> Groupe hypnose : 42 Groupe contrôle : 41</p> <p><i>A 6 mois de suivi</i> Groupe hypnose : 37 Groupe contrôle : 36</p> <p><i>A 12 mois de suivi</i> Groupe hypnose : 29 Groupe contrôle : 34</p>	<p>Groupe hypnose : protocole de Manchester. 10 sessions hebdomadaires de 45 minutes, en groupe de 6 patients sur une période de 12 semaines. Fait par 2 médecins formés à Manchester. Un CD audio était remis lors de la 3^{ème} séance pour une pratique quotidienne à domicile. + visites médicales de 45 min auprès d'un médecin formé en médecine psychosomatique + traitement médical symptomatique</p> <p>Groupe contrôle : visites médicales auprès d'un médecin formé en médecine psychosomatique, d'une durée de 45 minutes et à la même fréquence que dans le groupe hypnose + traitement médical symptomatique</p> <p>Dans les 2 groupes, si un traitement anti-dépresseur ou une psychothérapie étaient en cours, ils ne pouvaient être modifiés (dose/fréquence) jusqu'à la fin des 6 mois de suivi.</p>	<p>Principal :</p> <p>Amélioration clinique à l'issue du traitement et à 12 mois de suivi. Mesurée par l'échelle IBS-impact.</p> <p>Secondaires :</p> <p>-qualité de vie (SF-36) -anxiété et dépression (Hospital anxiety and depression scale) -bien-être physique et psychologique (EVA de 0 à 100) -symptômes du syndrome de l'intestin irritable tels que douleur abdominale, diarrhée, constipation, ballonnement (EVA 0 à 100)</p>

Tableau 5 : Moser 2013 The American Journal of dastroenterology (1)

Cette étude a montré un bénéfice de l'hypnose dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable. Ainsi, une prise en charge associant l'hypnose en sessions de groupe (10 séances sur 12 semaines) à un suivi individuel par un psychosomaticien s'est avérée plus efficace qu'une prise en charge constituée uniquement d'un suivi individuel par un psychosomaticien. Les effets bénéfiques sont apparus dès la 5^{ème} séance d'hypnose et perduraient 12 mois après la fin de l'intervention.

Cependant, cette étude présente certaines limites, comme un taux élevé (37%) de perdus de vue à 12 mois. De plus, le design de l'étude (séances d'hypnose en groupe avec suivi individuel versus suivi individuel seul) ne permet pas de faire la part des effets non spécifiques attribuables à une prise en charge en groupe. Comme toute intervention complexe, il est en effet difficile d'évaluer précisément les effets de chaque composant de l'intervention et l'essai randomisé n'est pas la méthode la plus à même d'apporter des réponses à cette question.

4.1.3. Introduction de la pratique hypnotique en préopératoire (79)

Gérard Naud a fait une carrière d'anesthésiste-réanimateur au CHU de Grenoble. En 2010, il obtient le diplôme universitaire d'hypnothérapie Ericksonnienne après avoir suivi une formation de deux ans à Paris.

Il propose l'hypnose en préopératoire au sein du service de chirurgie digestive au CHU de Grenoble. Ces séances d'hypnose, après concertation de l'équipe médicale, sont réservées aux patients les plus « stressés », et qui bénéficient d'une chirurgie carcinologique lourde (hépatique, pancréatique, intestinale, etc.) sous anesthésie générale. Sont exclus certains terrains psychiatriques avec risque de décompensation psychotique par exemple.

Après une séance d'hypnose en préopératoire, la douleur postopératoire semble moins importante que celle observée pour des interventions similaires sans hypnothérapie. Cela a été prouvé par des évaluations de la douleur avec l'échelle EVA ainsi que par la diminution des doses d'antalgiques administrées en postopératoire qui se voient restreintes.

De plus, la durée d'hospitalisation est plus courte que prévue chez les patients ayant bénéficiés d'une séance d'hypnose en préopératoire, le saignement préopératoire paraît également diminué, les chirurgiens parlent même d'un confort supplémentaire.

L'hypnose en préopératoire permet également à la nuit qui précède l'intervention d'être de meilleure qualité.

La littérature médicale n'évoque pas vraiment cette façon de procéder. Dans l'avenir, pour appuyer les résultats positifs de la pratique hypnotique en préopératoire des études devraient voir le jour.

4.2. Les limites de l'hypnose

L'hypnose est un outil merveilleux qui nous réconcilie avec l'aptitude humaine à se prendre soi-même en charge pour résoudre ses difficultés. Cependant, l'hypnose n'est pas une panacée universelle. D'abord parce que comme toutes les thérapies, elle n'est pas toujours suivie d'autant d'efficacité qu'on le voudrait, et ensuite parce que si elle permet de changer la perception que l'on a, elle ne ressoude pas les os, n'élimine pas les infections, ne cicatrise pas la chair, et n'élimine pas les cellules tumorales.

Autant l'hypnose, en changeant la perception, peut changer un comportement qui influera de façon bénéfique sur une convalescence, ou qui réduira les réactions de stress de l'organisme, préviendra l'effet *nocebo* ou la mauvaise tolérance d'un traitement, autant l'hypnose ne peut pas transformer la chair, changer les tissus, en un mot l'hypnose ne peut pas changer la matière organique.

Ces précautions étant prises, lorsque l'hypnose est proposée par un professionnel de la santé diplômé et formé à cette discipline, il n'existe pas de réelle limite en ce sens qu'il est toujours possible d'agir sur le monde des représentations. L'hypnose, rappelons-le, est une expérience intrinsèquement humaine qui n'a besoin d'aucun produit chimique ni d'aucun appareillage particulier pour être réalisée.

En définitive, quel que soit le problème rencontré par le patient, on peut toujours proposer un accompagnement par l'hypnose.

4.3. Hypnose et effet placebo (80, 81)

Un placebo est une mesure thérapeutique dont l'efficacité intrinsèque est nulle ou faible, mais qui, par le biais de processus psycho-physiologiques va agir sur le patient en modifiant ses symptômes ou sa maladie. Dans le cas de la nociception par exemple, il est possible de voir des patients diminuer leur perception de la douleur après administration d'un comprimé placebo présenté au patient comme une spécialité antalgique, l'effet positif qui en résulte définit l'effet placebo.

Certaines études d'imagerie médicale qui s'intéressent parallèlement à cet effet et à l'hypnose dans le cadre du soulagement de la douleur, ont démontré qu'il existait des points communs dans les réseaux neuronaux mis en jeu.

En effet en étudiant les aires cérébrales activées au cours de ces processus au moyen d'IRMf, il a été constaté que les régions du thalamus, de l'insula et du cortex cingulaire antérieur correspondant aux zones de perception de la douleur, étaient fortement inhibées dans l'effet placebo alors que les cortex préfrontaux possédaient au contraire une activité plus intense.

Ceci est intéressant car ce sont les mêmes aires cérébrales qui sont mises en jeu dans le processus d'analgésie lors de séances d'hypnoanalgésie. Il a également été montré que l'activation des ces aires cérébrales était significativement différente par rapport à une condition contrôle dans l'effet placebo.

Nous pouvons voir que dans le cadre de l'analgésie, l'effet placebo et la thérapie hypnotique possèdent des points communs non négligeables qui nous amènent à nous demander à quel degré sont intriqués les deux phénomènes dans ce processus. Quand on sait qu'une partie de la séance d'hypnose repose la suggestion d'idées au patient, il est possible que le placebo agisse avec similitude en suggérant au patient l'idée de soulager la douleur.

4.4. Les « contre-indications » de l'hypnose (7)

Indications et contre indications dépendent avant tout de la relation de confiance entre patient et soignant, et de l'expérience clinique du praticien. De ce fait, la contre-indication la plus importante est adressée au praticien, ce dernier ne devrait induire que des situations qu'il s'estime capable de maîtriser.

Il existe un certain nombre de pathologies pour lesquelles l'hypnose est une contre-indication, du moins dans sa forme conventionnelle : il s'agit particulièrement :

- des désordres graves de la personnalité, des troubles caractériels ou psychopathiques, la paranoïa
- des états limites, pré psychose et psychose
- les enfants en bas âge (< 3 ans) qui n'ont peut être pas encore tous les moyens de se concentrer
- les états dépressifs graves (sauf pour faciliter une thérapie cognitive)

PARTIE IV :
ÉVALUATION DE L'IMPACT DE L'HYPNOSE À
TRAVERS DES QUESTIONNAIRES

INTRODUCTION

Nous avons passé en revue l'ensemble des connaissances acquises sur l'hypnose thérapeutique, étudié l'aspect réglementaire encadrant la discipline et fait mention de ses différentes applications, limites et contre-indications. Nous avons également posé la question de la place tenue par cette dernière dans nos sociétés contemporaines : il s'agit en effet de savoir s'il est juste de parler d'un regain de l'hypnose, qui serait indépendant de toute l'agitation médiatique et suffisamment durable pour ne pas être confondu avec un effet de mode.

Afin de répondre à cette interrogation, nous avons choisi de laisser la voix aux hommes et femmes croisés sur notre route, certains déjà adeptes, d'autres curieux ou sceptiques. La récolte d'un nombre satisfaisant de questionnaires, ayant ciblé diverses populations est la base de l'analyse qui suit.

Parmi les thèmes abordés nous citerons en exemple ceux relatifs à la connaissance de la discipline, à sa pratique, au ressenti de l'expérience si elle s'est avérée probante, à sa place dans le parcours de soins, et à son impact mesuré en résultats.

Suite à l'analyse de ces données, et les conclusions tirées, nous pourrions faire mention de propositions d'optimisation de la prise en charge des patients.

Deux questionnaires distincts et présentés en annexes (Annexes 3 et 4) ont été écrits et distribués, ciblant deux types de populations.

ETUDE 1 : Enquête auprès de la population

(Questionnaire 1, voir Annexe 3)

MATERIELS ET METHODES

1. Population étudiée et déroulement d'enquête

La population ciblée est la population générale. Le consentement de tous les patients est recherché avant de remplir le questionnaire, l'anonymat est respecté. Cette population correspond à toute personne sans distinction de sexe, et de catégorie socio-professionnelle, à laquelle on a distribué un questionnaire 1 soit dans une officine (en Isère) soit sur internet.

Cette étude a eu pour but d'estimer l'importance de l'hypnose en tant que médecine complémentaire et alternative aux yeux de la population choisie. Pour cela, nous nous sommes basés sur le pourcentage des personnes ayant eu recours à l'hypnose, ceci constituant le critère de jugement principal.

Les critères de jugement secondaire sont la connaissance de cette population à l'hypnose ainsi que l'avenir de l'hypnose selon celle-ci.

Les critères d'exclusion sont : inexploitable, incomplet et/ou illisible.

La distribution des questionnaires s'est déroulée de décembre 2016 à mai 2017.

Les canaux de distribution ont été ajustés selon le questionnaire. Le questionnaire 1 a été diffusé sur les réseaux sociaux via une plateforme spécialisée, permettant une relative diversité de réponses (localisation géographique, âge, catégories socio-professionnelles, etc.) et dans des officines grenobloises.

2. Conception du questionnaire 1

Le questionnaire 1 est divisé en 3 parties afin de mieux cibler le profil de la population générale. En effet, dans un premier temps, nous avons voulu analyser la situation et le profil de cette population. Puis nous nous sommes intéressés à la connaissance des gens sur l'hypnose de manière très globale. Ensuite, nous avons essayé de savoir si la personne a eu recours à l'hypnose, dans quelles circonstances, et si cette expérience a été positive et son ressenti par rapport à cette expérience.

Pour les personnes n'ayant jamais eu recours à l'hypnose auparavant, le questionnaire fait état de l'éventuelle possibilité d'y recourir.

RÉSULTATS

1. Le profil des personnes

Au total, 157 personnes ont participé à l'étude et accepté de répondre aux diverses questions du questionnaire.

Sur ces 157 personnes, 150 ont été inclus dans l'analyse des données, 7 patients ont été exclus pour les raisons suivantes : questionnaire illisible ou données manquantes.

Notre population comporte 41 hommes et 109 femmes, soit un sexe-ratio de 0,38.

La moyenne d'âge des personnes toutes classes confondues est de 27,8 ans. Les hommes (26 ans) et les femmes (28,4 ans) ont sensiblement le même âge.

Nous avons choisi pour certains graphiques, de séparer la population cible de cette étude en 4 parties selon l'âge. Ceci est illustré dans le tableau suivant.

Classe d'âge	Effectif
< 25 ans	112
25 - 35 ans	13
35 - 55 ans	17
> 55 ans	8

Tableau 6 : Population cible séparée en classes d'âge

La majorité des patients n'exercent pas une activité professionnelle (55%).

2. L'hypnose

La première question de cette partie permet de savoir si la population cible avait déjà entendu parler de l'hypnose. Les réponses sont à 97% positives.

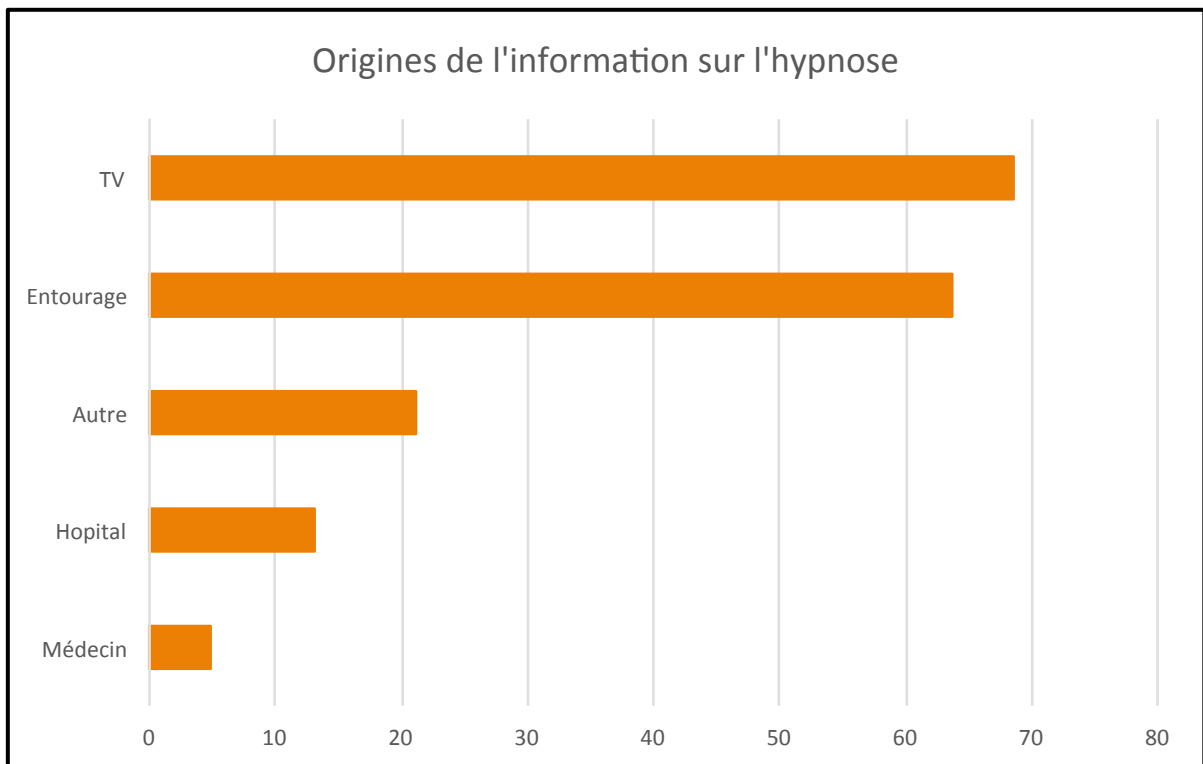


Figure 10 : Origines de l'information sur l'hypnose

Cet histogramme montre que le mode d'information le plus cité est la télévision (68%).

La réponse « entourage » suit avec 64%.

Le pourcentage relatif à la réponse « Médecin » est de 5%.

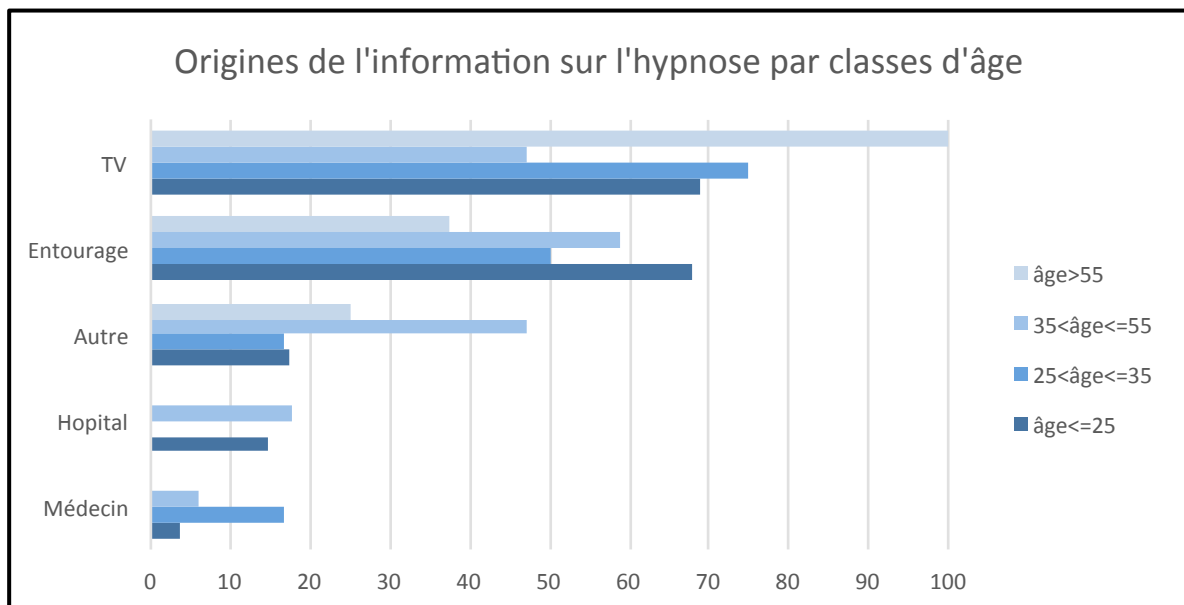


Figure 11 : Origines de l'information sur l'hypnose par classes d'âge

Ce graphique représente le moyen d'information utilisé pour connaître l'hypnose en fonction de l'âge. Nous pouvons voir que la télévision reste le moyen d'information prédominant toutes classes d'âge confondues. L'entourage représente le deuxième moyen d'information. On constate que 68% des personnes < 25 ans ont coché cette réponse ainsi que 60% des 35-55 ans et 50% des 25-35 ans. En ce qui concerne l'hôpital, nous pouvons constater que seules deux tranches d'âge ont coché cette réponse, il s'agit pour 18% des personnes <25 ans et pour 15% des 35-55 ans. Les personnes qui ont entendu parler de l'hypnose par leur médecin représentent moins de 20% dans la tranche d'âge 25-35 ans et moins de 10% dans les autres tranches d'âge.

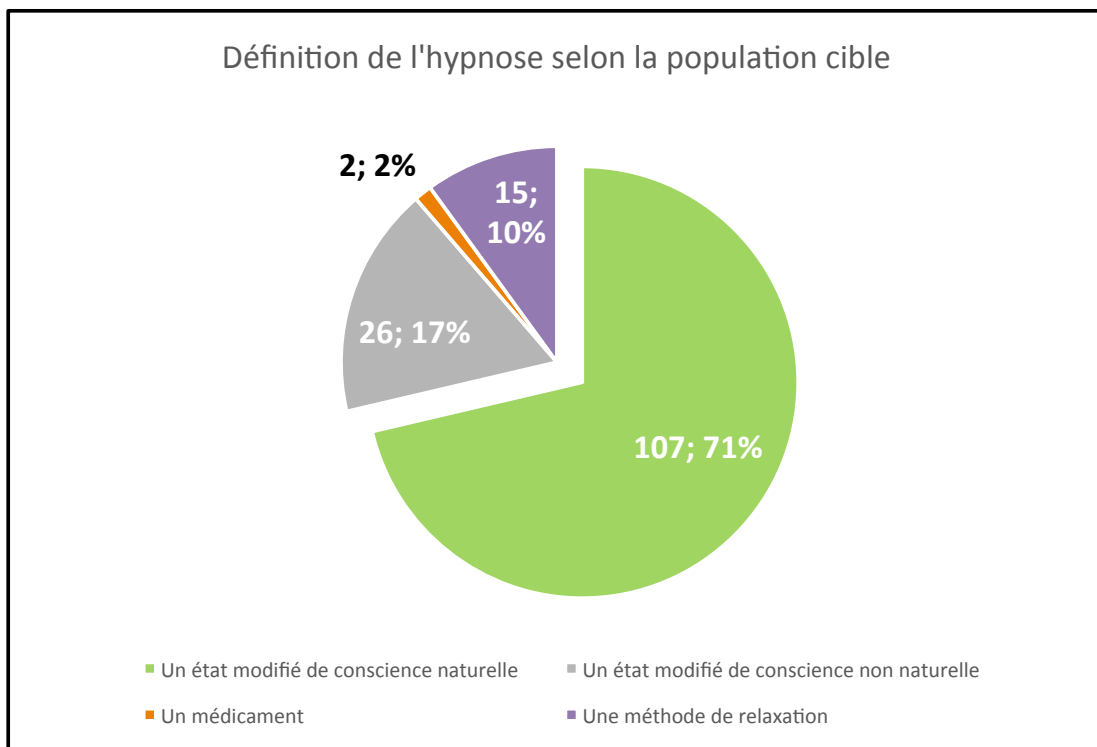


Figure 12 : Définition de l'hypnose selon la population cible

71% de la population cible de l'étude a répondu correctement à cette question qui était « l'hypnose est un état modifié de conscience naturelle ».

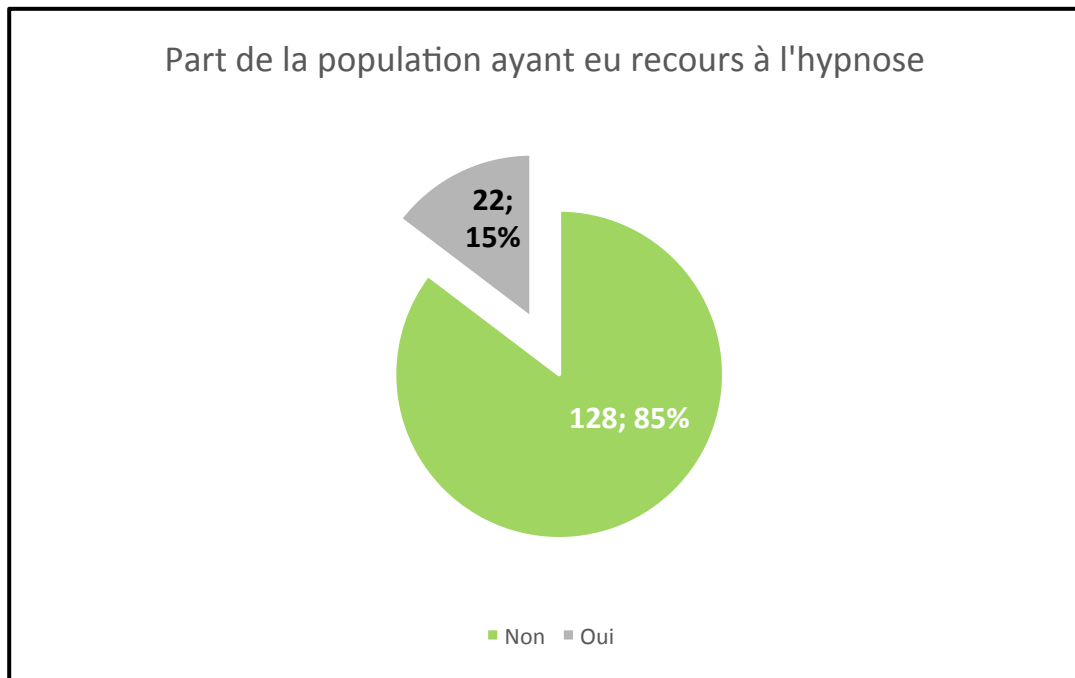


Figure 13 : Part de la population ayant eu recours à l'hypnose

Au sein de la population cible, 85% n'ont jamais eu recours à l'hypnose au cours de leur vie.

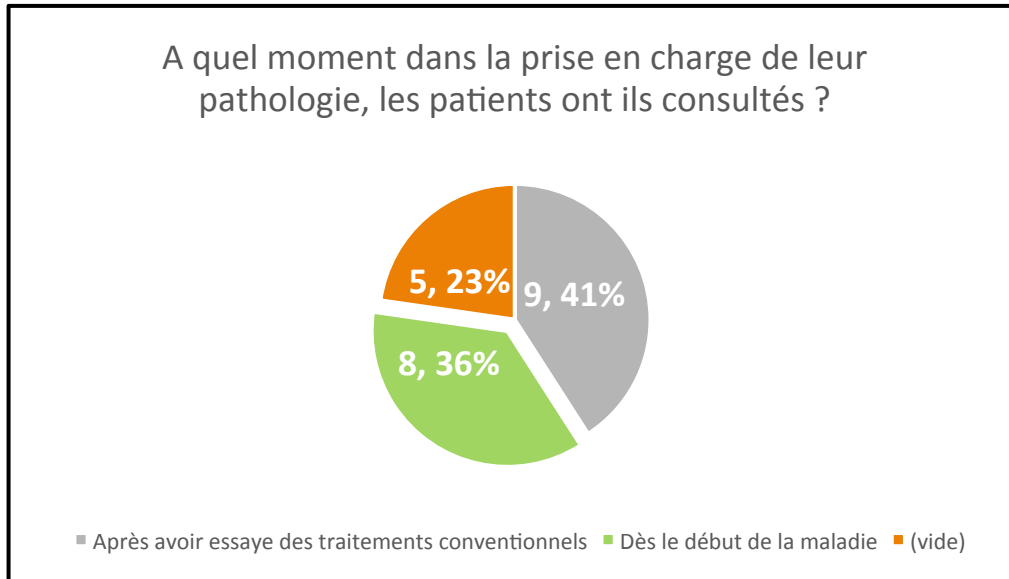


Figure 14 : A quel moment dans la prise en charge de leur pathologie, les patients ont-ils consultés ?

22 personnes (soit 15%) de la population cible de départ ont pu répondre à cette question. En effet, cette question nécessitait comme critère d'inclusion d'avoir déjà eu recours à l'hypnose.

Ce graphique sur les circonstances qui ont poussé ces personnes à consulter en hypnose montre que 36% de ces patients ont recours à l'hypnose dès le début de la maladie ; 41% ont consulté en hypnose après avoir essayé des traitements conventionnels.

23 % des personnes n'ont pas répondu à cette question en ne cochant aucune case.

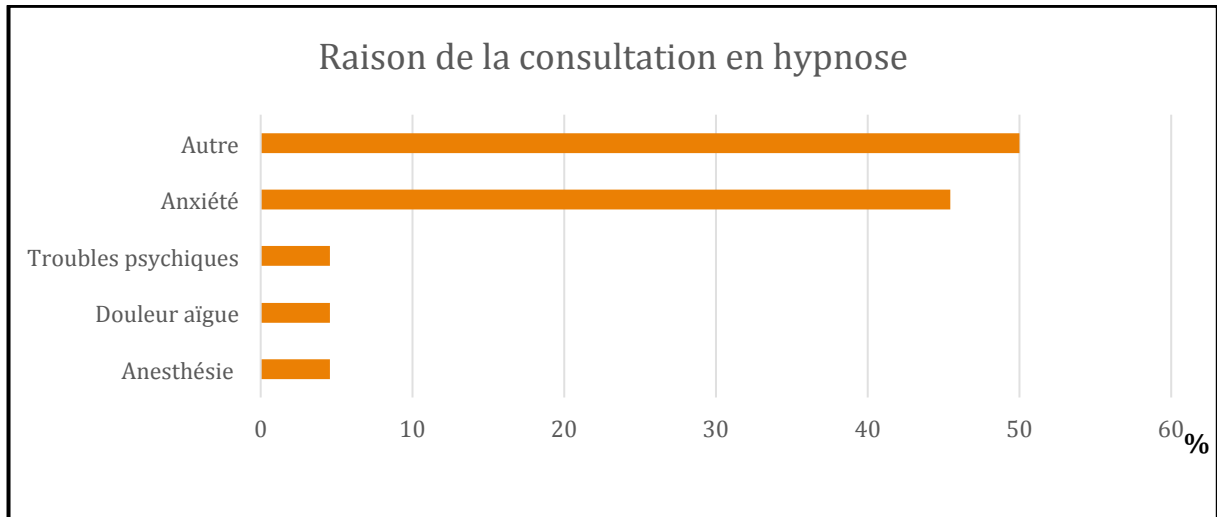


Figure 15 : Raison de la consultation en hypnose

Nous pouvons constater que l'anxiété représente 45% des motifs de consultation.

Les troubles psychiques, les douleurs aiguës et l'anesthésie représentent chacun 5%.

Le motif de consultation le plus coché est « autre » avec 50%.

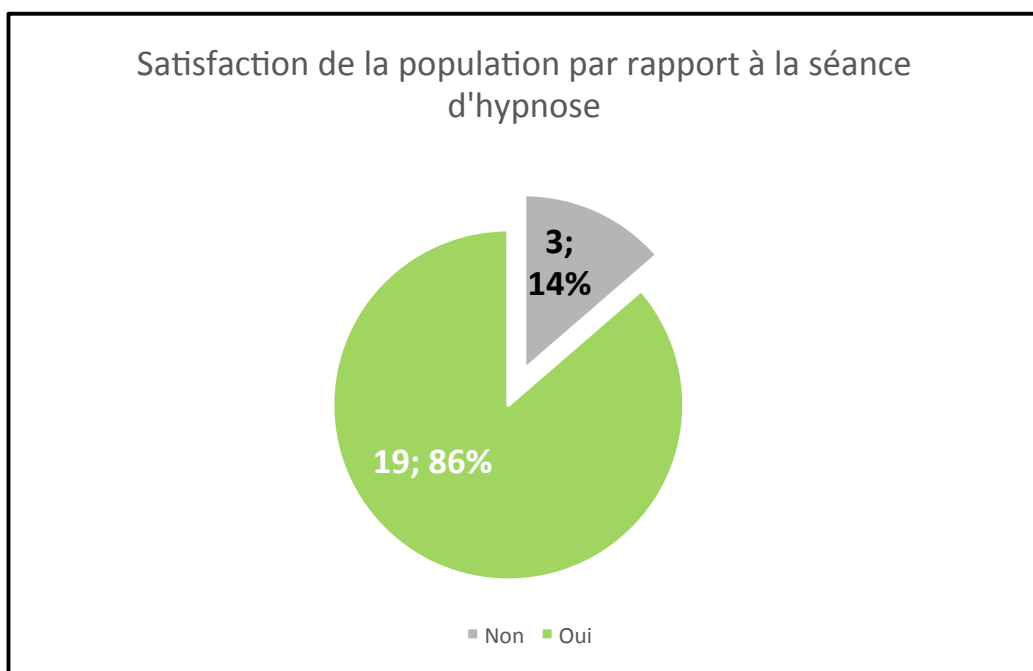


Figure 16 : Satisfaction de la population par rapport à la séance d'hypnose

Sur les 22 personnes ayant eu recours à l'hypnose, 86% soit 19 personnes se disent satisfaites de leur expérience avec l'hypnose.

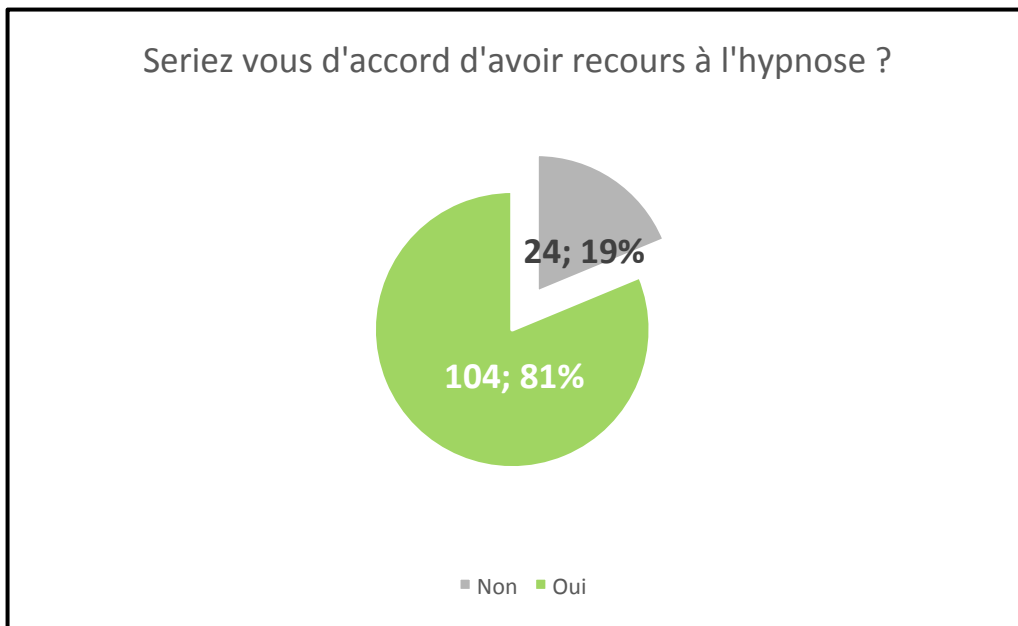


Figure 17 : Seriez-vous d'accord d'avoir recours à l'hypnose ?

Nous nous sommes intéressés aux personnes n'ayant pas eu recours à l'hypnose en leur demandant s'il leur était possible d'y avoir recours un jour si cela leur était proposé : 81% des personnes ont répondu de manière positive à cette question.

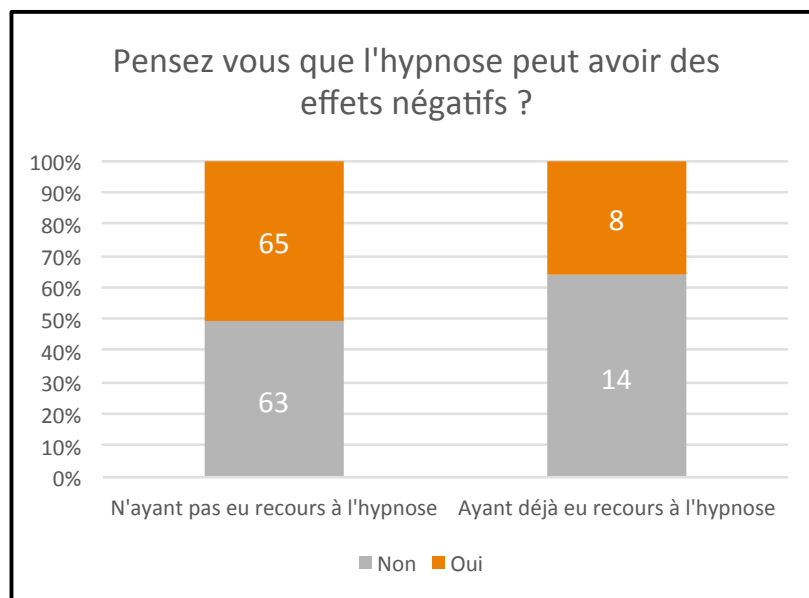


Figure 18 : Pensez-vous que l'hypnose peut avoir des effets négatifs ?

Nous voyons que la répartition des réponses pour la population n'ayant pas eu recours à l'hypnose est d'environ 50%. Pour les réponses des personnes ayant déjà eu recours à l'hypnose, 75% des personnes pensent qu'il n'y a pas d'effets indésirables.

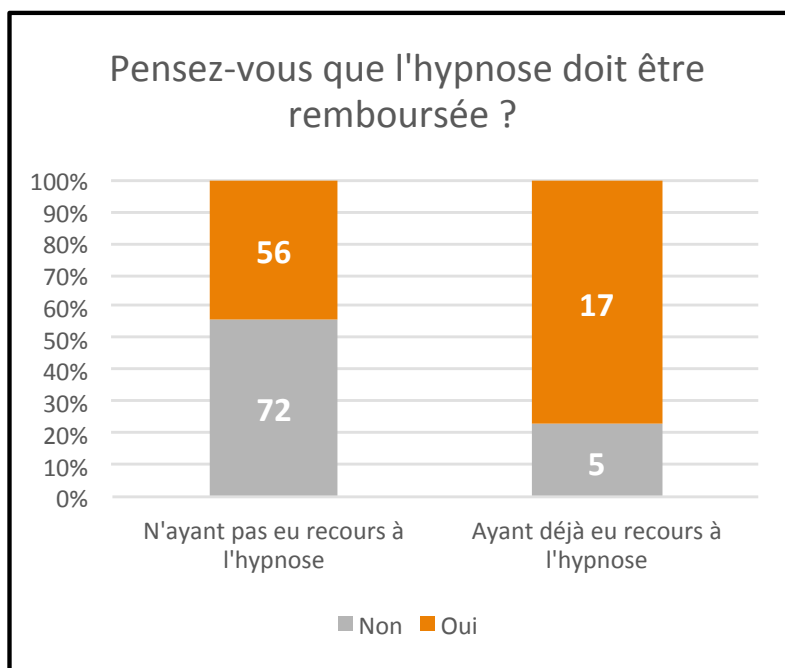


Figure 19 : Pensez-vous que l'hypnose doit être remboursée ?

La répartition des réponses pour la population n'ayant pas eu recours à l'hypnose est de 55% de non. Pour les réponses des personnes ayant déjà eu recours à l'hypnose, 22% des personnes pensent que l'hypnose ne devrait pas être remboursée.

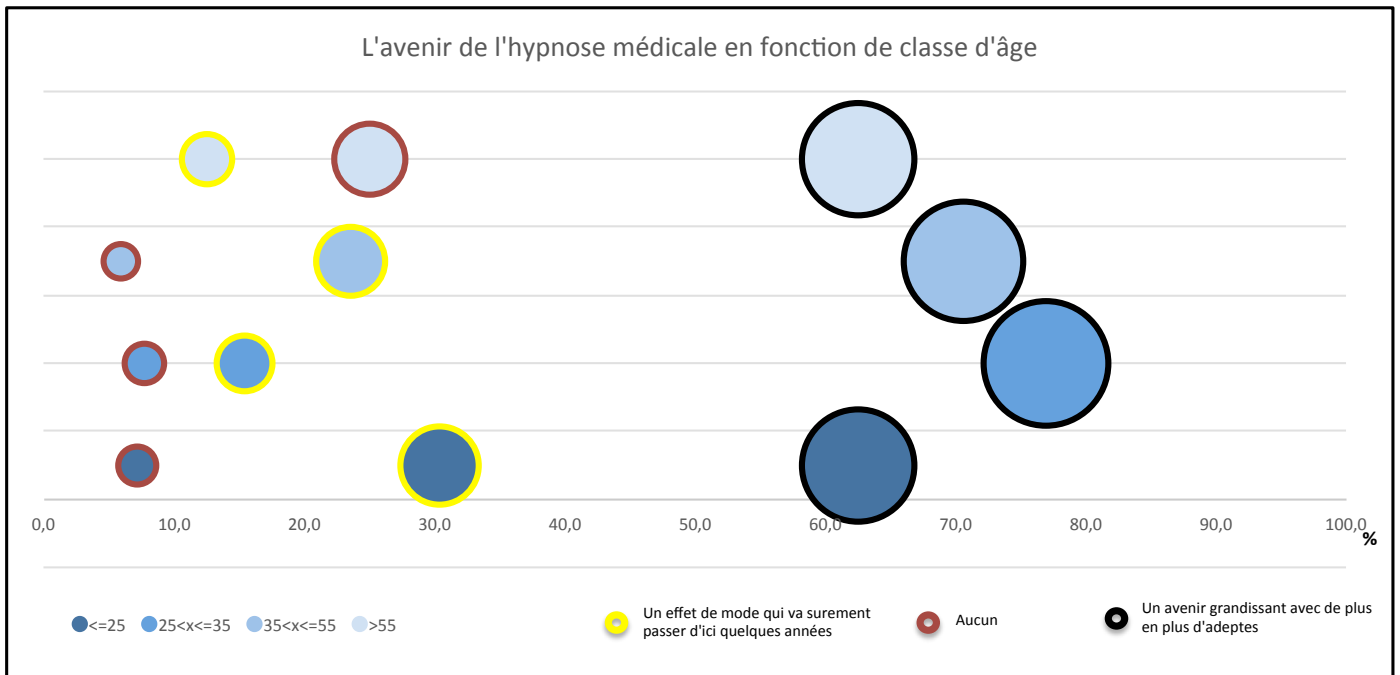


Figure 20 : L'avenir de l'hypnose médicale en fonction de classe d'âge

A travers ce graphique, nous pouvons observer qu'il y a des disparités dans les réponses en fonction des quatre classes d'âge. En effet, la classe d'âge > 55 ans a répondu que l'hypnose n'avait aucun avenir à 25% alors que les autres classes d'âge n'ont répondu «aucun avenir » à moins de 10%.

La réponse la plus donnée toute classe d'âge confondue est « un avenir grandissant avec de plus en plus d'adeptes ». Les 25-35 ans ont coché cette réponse à 77%, les 35-55 ans à 71%, les <25 ans et les >55 ans à 62,5%.

DISCUSSION

Cette étude s'est déroulée dans un premier temps en milieu officinal auprès des patients de pharmacies grenobloises. Ce questionnaire a également été diffusé sur des réseaux sociaux afin de toucher une population plus large.

Le premier point à relever concernant cette étude est la fiabilité des résultats. En effet, les personnes ont répondu anonymement à l'ensemble des questions. Il n'y a donc aucun moyen de vérifier l'exactitude des réponses, ni par des tests, ni par l'équipe officinale. Le caractère déclaratif de la méthode employée est une des limites de ce travail.

Les personnes ont pu remplir ce questionnaire librement, le choix de réponses multiples et/ou ouvertes en majorité permet d'obtenir des réponses plus diverses.

Le questionnaire est également subjectif, du fait de l'interprétation différente des questions en fonction des personnes, et d'un manque probable de précision dans la formulation de certaines questions (choix multiples restreints, questions ouvertes, questions binaires : oui/non), ceci est à l'origine d'un biais d'information.

Lorsque nous nous intéressons au profil des personnes, la première chose à remarquer est la répartition des âges. Notre échantillon est essentiellement féminin (73%) et jeune (112 personnes sur 150 ont moins de 25 ans). La moyenne d'âge des personnes toutes classes confondues est de 27,8 ans. L'une des explications les plus plausibles se trouve dans les canaux de distributions choisis (réseaux sociaux utilisés par une population plutôt jeune).

Quant on compare les chiffres de cette étude avec le rapport de l'INSEE au 1^{er} janvier 2017, nous constatons que notre population cible n'est pas représentative de la population générale française. En effet, en France métropolitaine, la moyenne d'âge est de 41,2 ans, et la répartition des hommes et des femmes est de 51% de femmes (82).

Les répondants indiquent avoir connu l'hypnose majoritairement via la télévision (pour 70% d'entre eux). Plus de 20% ont répondu « autre ». Cela peut s'expliquer par le fait qu'aujourd'hui l'hypnose est beaucoup médiatisée. Moins de 20% des sondés ont répondu « hôpital » ou « médecin ». Une des explications probantes serait liée à l'âge de la population cible. La majorité d'entre eux ne devraient pas avoir de pathologies poussant à consulter que se soit de manière allopathique ou avec des médecines alternatives et complémentaires. Nous invitons à relativiser le chiffre de 18% des moins de 25 ans ayant répondu « hôpital » : nous le considérons en effet comme biaisé, car nous supposons que bon nombre de camarades de promotion étudiants en médecine et pharmacie ont répondu à ce questionnaire, en connaissant son auteur.

Plus de 70% de la population cible a donné la bonne définition de l'hypnose sur quatre possibilités de réponse. Ainsi, un tiers a une vision erronée de ce qu'est l'hypnose. Si nous comparons ce pourcentage de bonne réponse au nombre de personnes ayant eu recours à l'hypnose (22 personnes) nous voyons que la population source est bien informée. Ce taux important de réponses correctes n'est cependant certainement pas représentatif de la population française : on peut en effet supposer que les personnes ayant répondu au questionnaire étaient intéressées par le sujet, ou opéraient dans le domaine médical.

Comment expliquer qu'un tiers des répondants ne sait pas définir correctement l'hypnose ? L'explication la plus plausible se trouve dans le mode d'information : la télévision fait en effet la part belle à l'hypnose de spectacle, qui peut être définie différemment de l'hypnose thérapeutique.

Concernant le recours à l'hypnose, plus des trois quarts des personnes interrogées ont répondu ne pas y avoir eu recours. Encore une fois ce résultat n'est pas surprenant car la population de répondants est jeune, et son état de santé plutôt bon, ce qui minimise la nécessité d'un recours à l'hypnose thérapeutique.

Le nombre de personnes ayant eu recours à l'hypnose est de 22. Il est donc peu représentatif de faire des analyses sur un échantillon si petit. Comme, l'échantillon n'était ni assez grand ni représentatif, nous ne pouvons tirer aucune conclusion ferme. En revanche, nous pouvons décrire les résultats et en tirer quelques tendances et indications. C'est pour cette raison et pour obtenir une meilleure rentabilité des résultats que nous avons fait un deuxième questionnaire. Ce deuxième questionnaire a été élaboré et distribué uniquement à des patients ayant eu recours à l'hypnose. Cette deuxième étude sera décrite dans une deuxième partie.

Parmi ces 22 personnes, plus d'un tiers a consulté en hypnose dès le début de leur pathologie. Ceci nous indique que l'hypnose est pour certains patients utilisée en première intention. Cinq personnes n'ont pas souhaité répondre à cette question, sans aucune raison évoquée. Cela sème le doute sur la pertinence de la question, à laquelle nous aurions peut-être dû ajouter une réponse possible, ou que nous aurions dû reformuler.

La moitié des patients a répondu « autre » à la question de la raison du recours à l'hypnose. Cinq possibilités de réponse étaient possibles dont quatre spécifiaient une pathologie différente et une était large « autre ». Cette réponse s'explique facilement car l'hypnose est utilisée pour de nombreuses pathologies qui n'ont pas pu être toutes énumérées ici (1).

Presque 90% des patients se disent satisfaits de leur séance d'hypnose. Ce taux de satisfaction est excellent.

Nous pouvons comparer nos résultats à ceux obtenus dans l'étude de Gonsalkorale et al., lors de laquelle 204 patients SII ont répondu à un questionnaire reçu par mail, portant sur la qualité de vie, les symptômes du SII, les consommations de médicaments, les consultations médicales. Les patients devaient répondre au questionnaire avant le traitement par hypnose (1 séance d'une heure par semaine durant 12 semaines), après le traitement, puis pendant un suivi annuel de 5 ans. L'étude révèle que 71 % des patients étaient améliorés initialement par l'hypnose (amélioration

des symptômes très importante ou modérément importante). Il a été retrouvé une différence significative sur la qualité de vie en faveur de l'hypnothérapie, entre avant et après hypnose (83).

Plus de 80% des personnes n'ayant pas eu recours à l'hypnose se dit prêt à y avoir recours un jour. Ce chiffre peut être mis en rapport avec la bonne connaissance de l'hypnose décrite précédemment. L'hypnose bénéficie d'une image positive à travers par exemple le nombre important de publications faites à son égard. Cela peut susciter l'envie d'y avoir recours.

75% des personnes ayant déjà eu recours à l'hypnose, pensent que l'hypnose n'a pas d'effets négatifs, alors que seulement la moitié des personnes n'ayant pas eu recours à l'hypnose pense la même chose. Les répondants ayant déjà eu recours à l'hypnose semblent donc moins « craintifs » à son sujet, et en ont une image positive.

Moins de la moitié des personnes ayant déjà eu recours à l'hypnose pense que l'hypnose devrait être remboursée comparativement à 78% des personnes n'ayant jamais eu recours à l'hypnose. Cette question aborde un aspect financier. La majorité des questionnaires a été remplie dans les départements isérois et savoyard, ces deux départements ont respectivement pour montant moyen des revenus déclarés par foyer à l'administration fiscale : 26 711€ et 26 475€ pour l'année 2014. La moyenne des départements français est de 23 418€. La non-représentativité des départements sondés en France nous amène à penser que le pourcentage de personnes en faveur du remboursement de l'hypnose, peut varier sur les autres départements (84).

La grande majorité des personnes, toutes classes confondues, pense que l'hypnose thérapeutique a un avenir grandissant avec de plus en plus d'adeptes. En effet, l'hypnose est de plus en plus utilisée dans le domaine de la santé, de plus en plus d'articles, de livres, de rapports sont publiés.

ETUDE 2 : Enquête auprès de patients ayant recours à l'hypnose (Questionnaire 2, voir Annexe 4)

MATERIELS ET METHODES

1. Population étudiée et déroulement d'enquête

La population ciblée est la population générale des patients ayant eu recours à l'hypnose. Cette population (questionnaire 2) inclut tout patient consultant chez un praticien de l'hypnose. Le consentement de tous les patients est recherché avant de remplir le questionnaire, l'anonymat est respecté.

Cette étude a pour but d'estimer la satisfaction des personnes ayant recours à l'hypnose toutes raisons confondues. Pour cela, nous nous sommes basés sur le bien-être des patients suite au recours à l'hypnose dans le cadre de leur pathologie. (oui/non).

Les critères de jugement secondaire sont la place du médecin spécialisé en hypnose dans le parcours de soin, ainsi que la satisfaction des patients.

Les critères d'exclusion sont : inexploitable, incomplet et/ou illisible.

Le questionnaire 2 a été déposé chez huit praticiens – sur une trentaine contactés - des villes de Bourg Saint Maurice (Savoie) et de Grenoble (Isère), chacun ayant accepté au cours d'une rencontre de participer à l'expérience, et d'intervenir auprès de leurs patients volontaires. Un point de contact régulier a été tenu avec ces derniers.

L'inclusion des patients pour ce questionnaire 2 revenait à la libre appréciation des praticiens. Ainsi, des praticiens ont été confrontés à des refus de la part des patients. Le praticien avait le choix entre faire remplir le questionnaire au patient directement à son cabinet ou de le transmettre à celui-ci pour le remplir au domicile et de le ramener ultérieurement au cabinet du praticien.

2. Conception du questionnaire 2

Le questionnaire, qui a été déposé chez les praticiens, comprend 6 parties distinctes.

Une première partie analyse le profil des patients. Une deuxième partie permet de montrer si les patients ont déjà eu recours aux médecines alternatives et complémentaires. Ensuite, une partie est consacrée au ressenti des patients pour l'expérience hypnotique et quelles pathologies les ont amenés à consulter. Puis, est exposée une partie sur la place de l'hypnose dans le parcours de soins afin de mieux comprendre la vision des patients et leurs attentes. La dernière partie porte sur la satisfaction de cette expérience hypnotique.

RESULTATS

1. Le profil des patients

Au total, 62 patients ont participé à l'étude et accepté de répondre aux diverses questions du questionnaire. Notre population comporte 20 hommes et 42 femmes, soit un sexe-ratio de 0,5.

La moyenne d'âge des patients toutes classes confondues est de 50,5 ans. Les hommes (49,4 ans) et les femmes (50,95ans) ont sensiblement le même âge.

La majorité des patients exercent une activité professionnelle (62,9 %). Le restant des patients est soit inactif, soit en arrêt de travail, soit étudiant, soit SDF, soit personne retraitée. La liste des métiers exercés est détaillée en annexe. Nous pouvons toutefois noter que les patients travaillent dans des branches très diverses.

2. Les médecines complémentaires et alternatives (MCA)

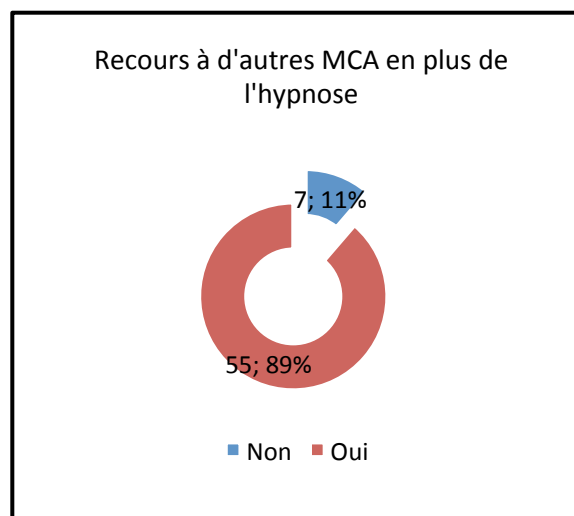


Figure 21 : Recours à d'autres MCA en plus de l'hypnose

Comme le montre ce graphique, plus des trois-quarts des patients ayant recours à l'hypnose a également recours à d'autres médecines complémentaires et alternatives (89%).

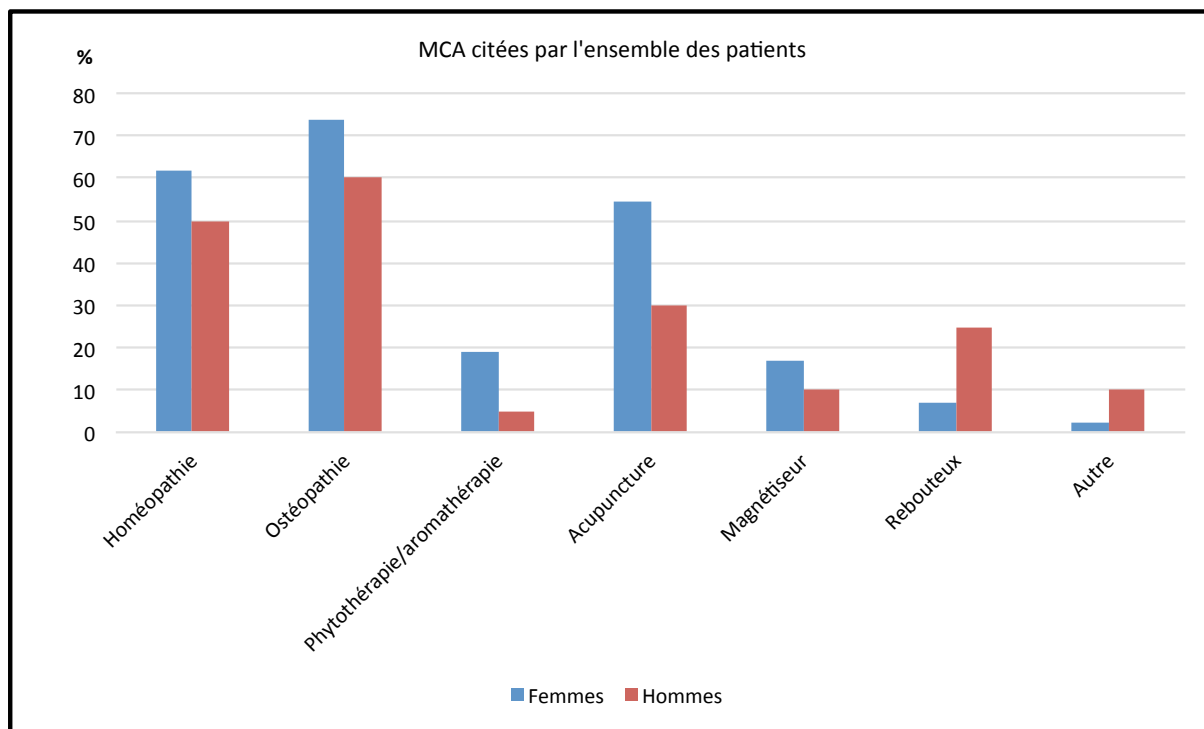


Figure 22 : MCA citées par l'ensemble des patients

Pour cette question à choix multiples, le patient avait la possibilité de cocher plusieurs réponses. Nous avons choisi pour ce graphique de traiter les réponses indépendamment, sans considérer les réponses croisées des patients. Par exemple, une personne ayant pratiqué l'homéopathie et l'acupuncture comptera individuellement dans la partie homéopathie et individuellement dans la partie acupuncture.

Nous pouvons constater, que deux MCA sont fortement représentées dans ce graphique c'est le cas de l'homéopathie (62% pour les femmes et 50% pour les hommes) et de l'ostéopathie (74% pour les femmes et 60% pour les hommes).

On constate que les femmes ont tendance à avoir plus recours aux MCA.

3. L'hypnose

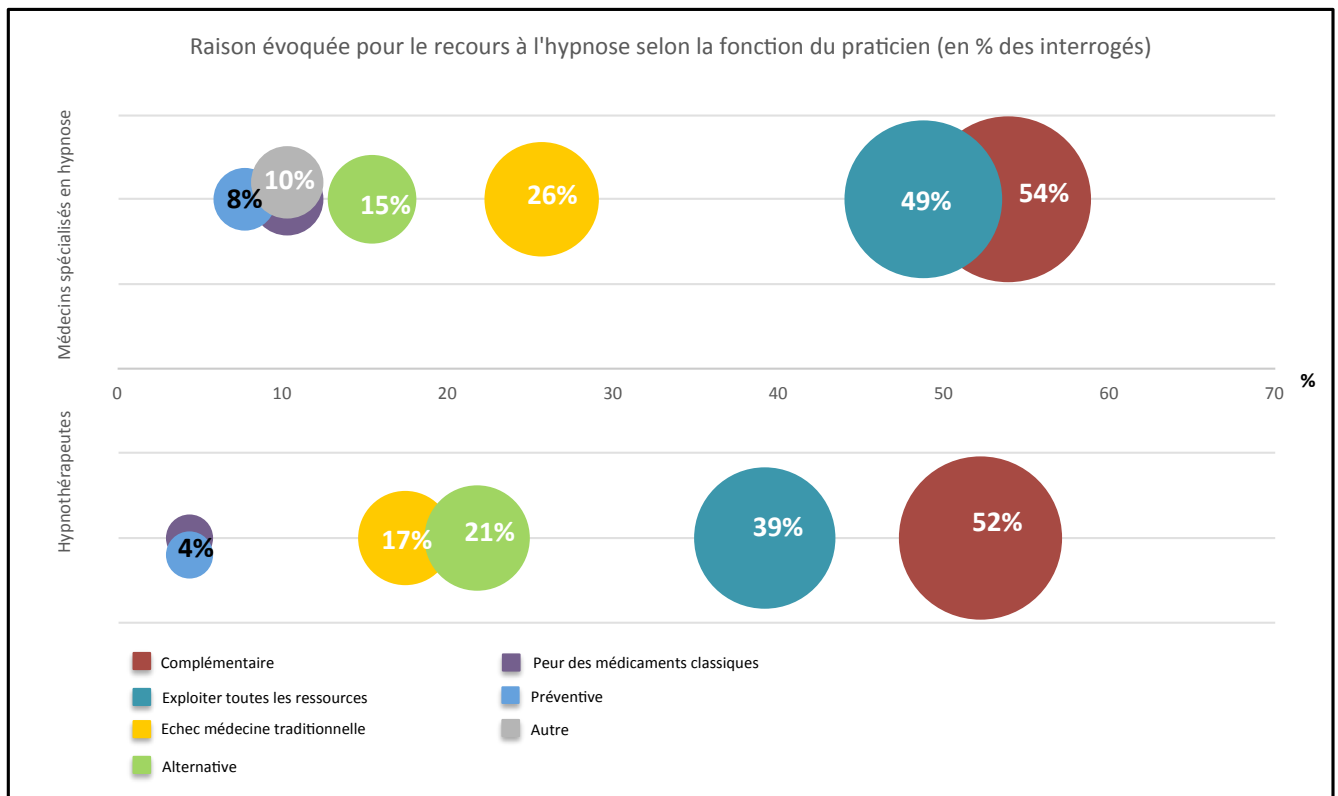


Figure 23 : Raison évoquée pour le recours à l'hypnose selon la fonction du praticien

Les questionnaires ont été déposés chez les différents praticiens que l'on peut « classer » en deux groupes : les hypnothérapeutes (praticiens qui n'ont aucune formation médicale) et les médecins spécialisés en hypnose (formation de médecin avec une formation spécifique en hypnose).

Dans cette étude, nous avons recueilli 23 questionnaires auprès de patients d'hypnothérapeutes et 39 questionnaires auprès de patients de médecins spécialisés en hypnose.

Chaque réponse à cette question a été traitée de manière individuelle. Les patients pouvaient cocher plusieurs réponses.

54% des patients de médecins spécialisés en hypnose ont répondu « complémentaire » ainsi que 52% des patients d'hypnothérapeutes. La réponse « exploiter toutes les ressources possibles » a été choisie par 49% des patients de médecins spécialisés en hypnose et 39% des patients d'hypnothérapeutes.

Nous constatons que la réponse « Echec de la médecine traditionnelle » a été choisie par 26% des patients des médecins spécialisés en hypnose.

4. Types de pathologies pour lesquelles le patient a consulté

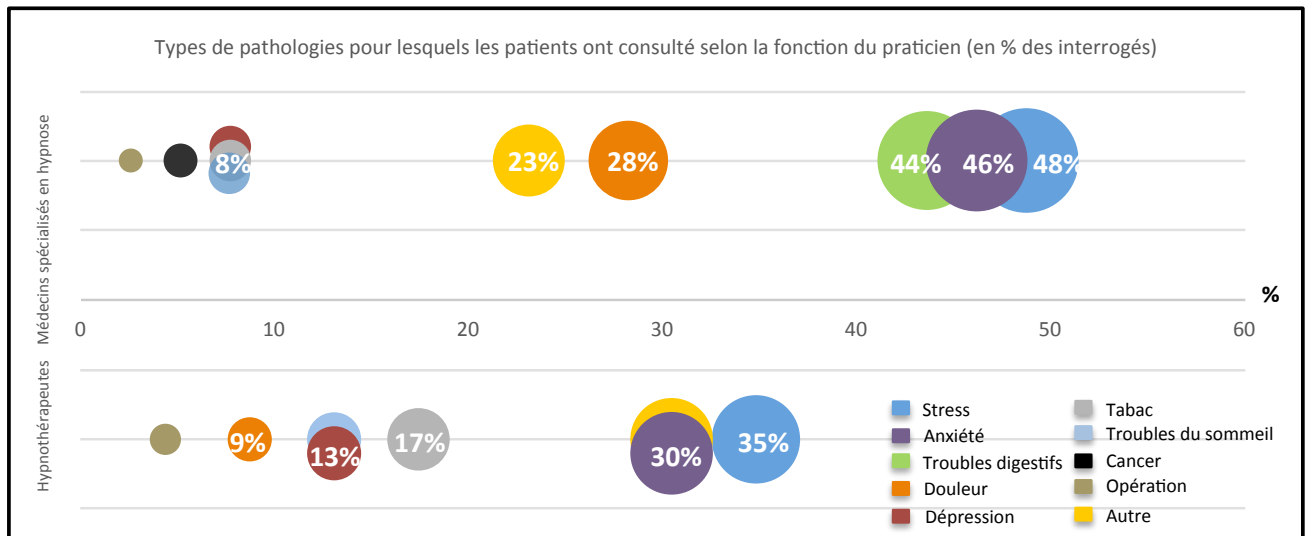


Figure 24 : Types de pathologies pour lesquels les patients ont consulté selon la fonction du praticien

Dans notre étude, nous retrouvons pour les patients des médecins spécialisés en hypnose que la consultation a eu lieu pour 44% pour des troubles digestifs et pour des douleurs dans 28%.

Nous constatons également que le stress et l'anxiété sont retrouvés chez les patients des médecins spécialisés en hypnose à 48% et 46%, et chez les patients des hypnothérapeutes à 35% et 30%.

Une réponse « autre » était possible.

5. La consultation

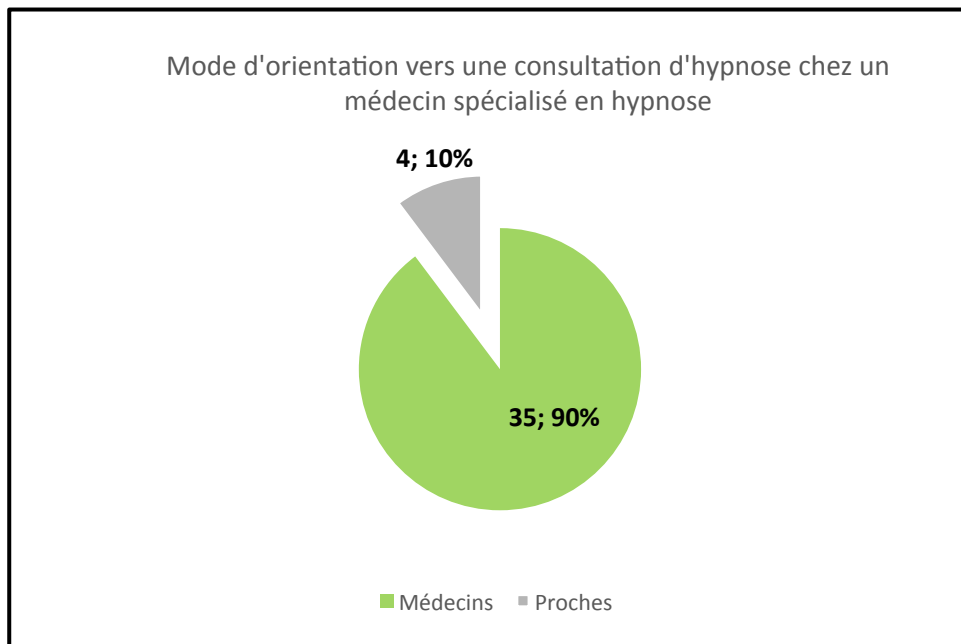


Figure 25 : Mode d'orientation vers une consultation d'hypnose chez un médecin spécialisé en hypnose

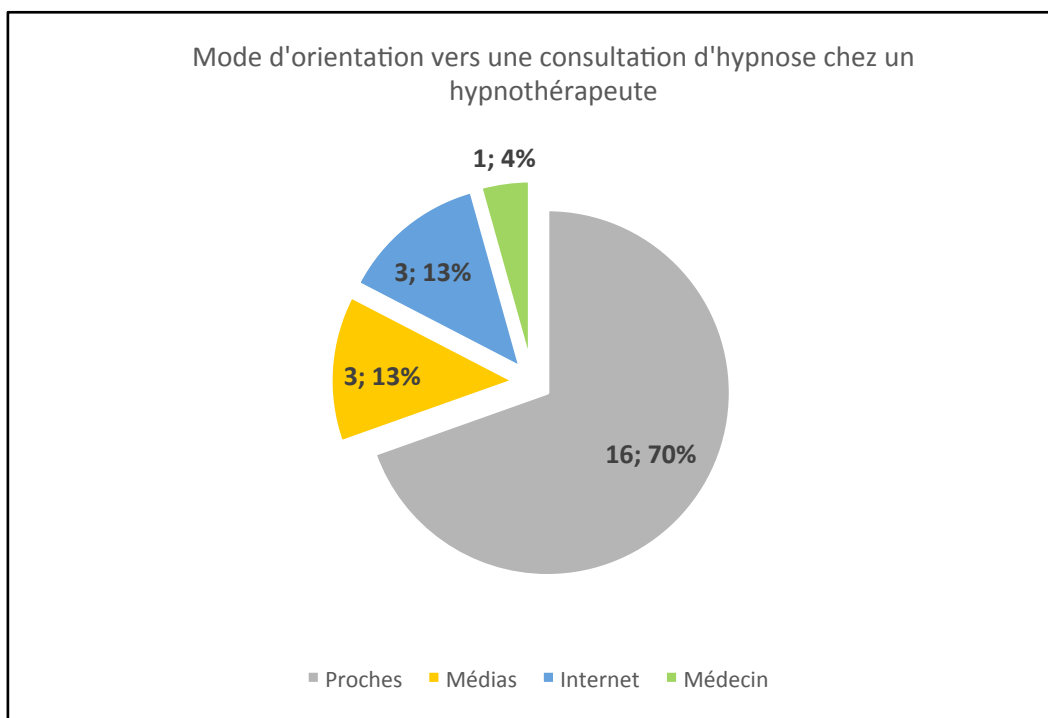


Figure 26 : Mode d'orientation vers une consultation d'hypnose chez un hypnothérapeute

Nous pouvons constater d'après ces deux graphiques, que les réponses à cette question ne sont pas les mêmes chez les patients de médecins spécialisés en hypnose et chez les patients d'hypnothérapeutes.

En effet, les premiers ont été orientés à 90% pour essayer l'hypnose avec un médecin, que se soit un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. La distinction n'ayant pas été proposée dans les réponses multiples de cette question.

Les seconds ont consulté en hypnose grâce à leurs proches à 70%. La proportion des patients amenée par un médecin est beaucoup plus rare, ici 4%.

Internet et les médias jouent un rôle uniquement chez les patients ayant recours à un hypnothérapeute.

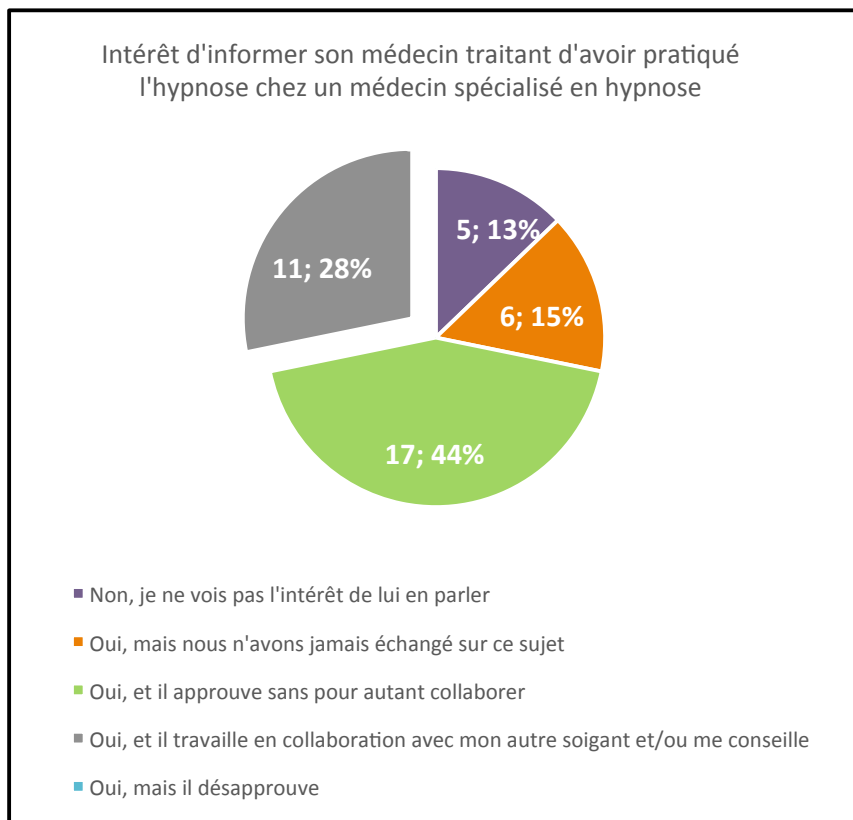


Figure 27 : Intérêt d'informer son médecin traitant d'avoir pratiqué l'hypnose chez un médecin spécialisé en hypnose

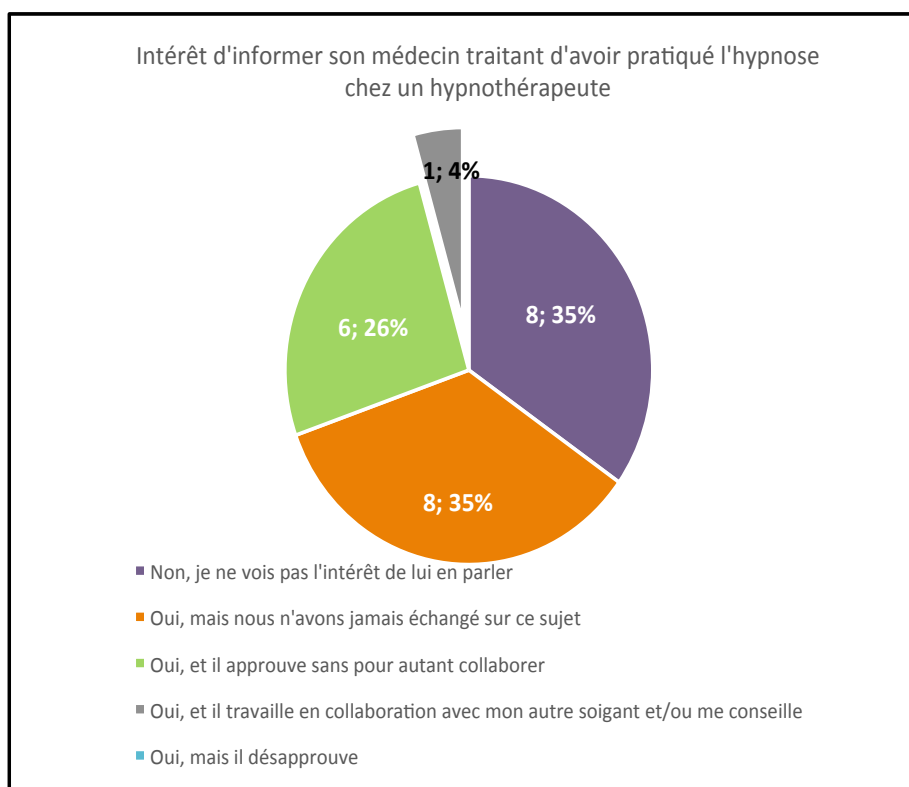


Figure 28 : Intérêt d'informer son médecin traitant d'avoir pratiqué l'hypnose chez un hypnothérapeute

28% des patients de médecins spécialisés en hypnose affirment une collaboration entre leur médecin généraliste et leur médecin spécialisé en hypnose : 44% ont parlé à leur médecin généraliste de leur démarche de consultation en hypnose et ce dernier approuve sans pour autant y collaborer.

Pour les patients d'hypnothérapeutes, les résultats diffèrent : 4% travaillent en collaboration avec le médecin généraliste. 35% des patients affirment qu'il n'est pas intéressant de parler de l'expérience avec leur médecin généraliste.

Dans ces deux graphiques, pour les deux types de patients, nous remarquons que personne n'a répondu « Oui mais il désapprouve ».

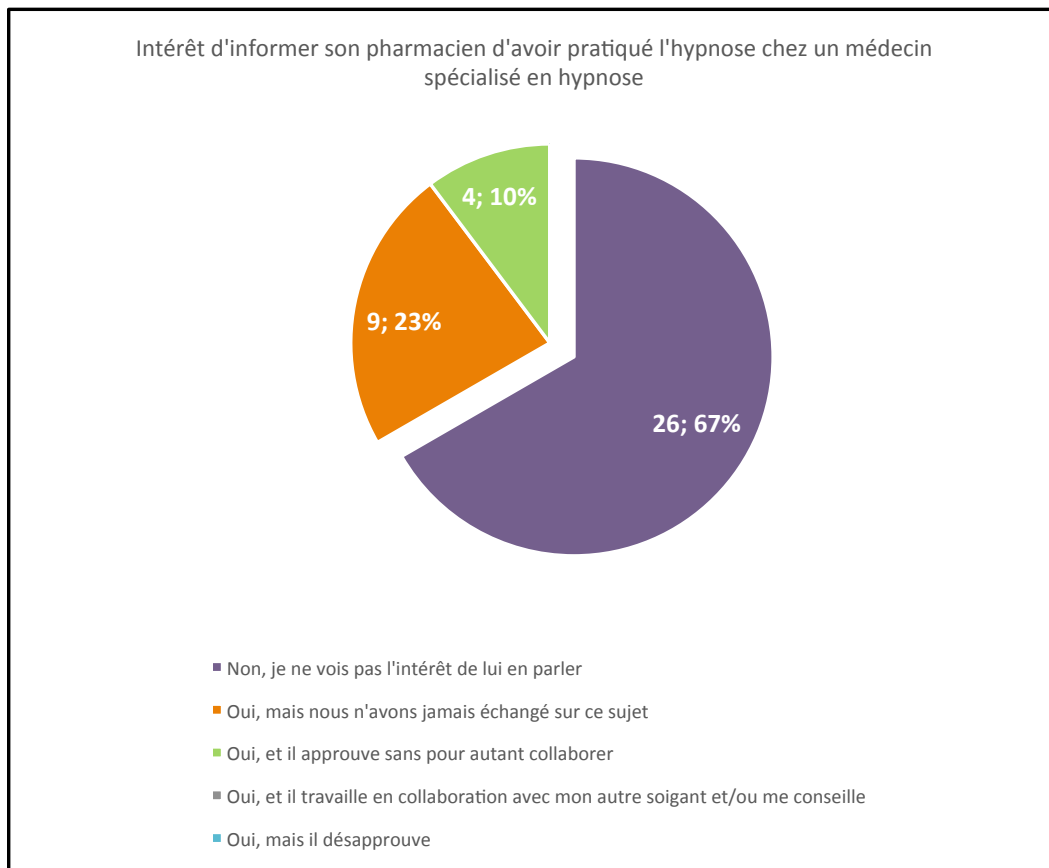


Figure 29 : Intérêt d'informer son pharmacien d'avoir pratiqué l'hypnose chez un médecin spécialisé en hypnose

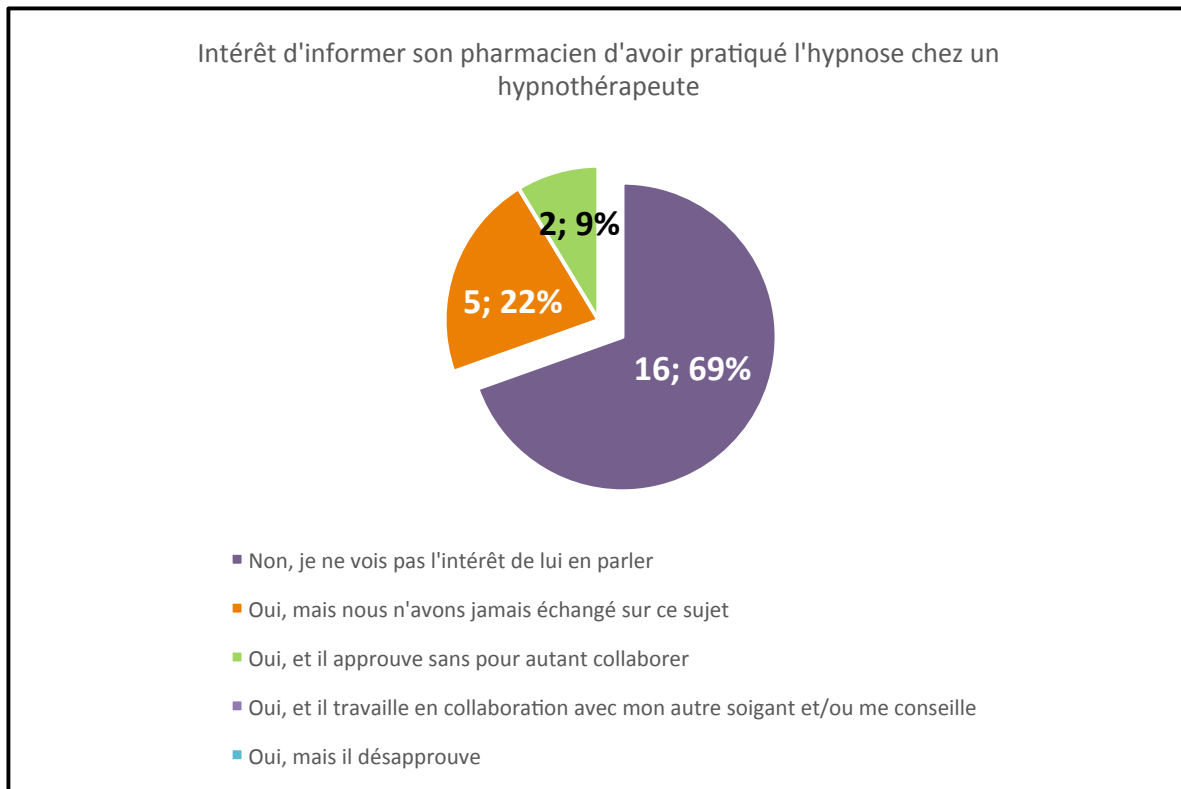


Figure 30 : Intérêt d'informer son pharmacien d'avoir pratiqué l'hypnose chez un hypnothérapeute

Aucun des patients des médecins spécialisés en hypnose n'affirme une collaboration entre leur pharmacien et leur médecin spécialisé en hypnose. 10% ont parlé à leur pharmacien de leur démarche de consultation en hypnose et leur pharmacien approuve sans pour autant collaborer : 67% de ces patients affirment qu'il n'est pas intéressant de parler de l'expérience avec leur pharmacien.

Pour les patients d'hypnothérapeutes, les résultats sont semblables. Aucun ne travaille en collaboration avec le pharmacien : 69% des patients affirment qu'il n'est pas intéressant de parler de l'expérience avec leur pharmacien.

Dans ces deux graphiques, pour les deux types de patients, nous remarquons que personne n'a répondu « Oui mais il désapprouve ».

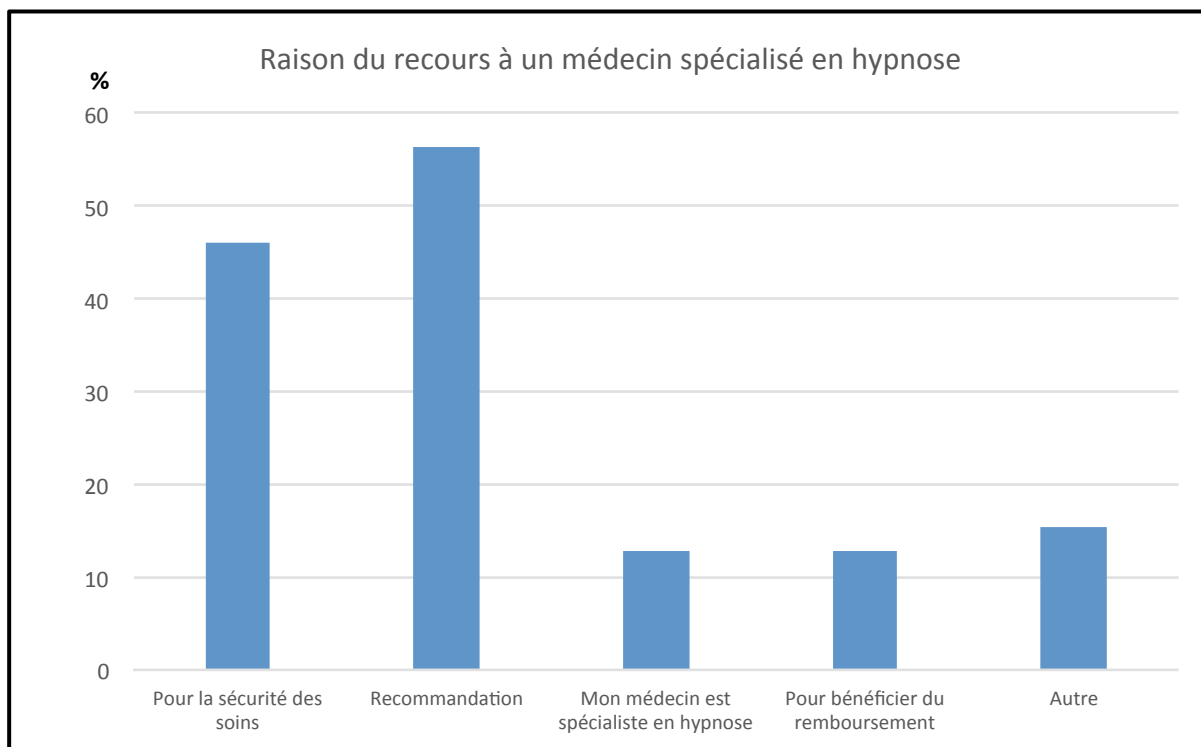


Figure 31 : Raison du recours à un médecin spécialisé en hypnose

Cette question était spécifique aux patients de médecins spécialisés en hypnose (39 personnes). Pour cette question à choix multiples, le patient avait la possibilité de cocher plusieurs réponses. Nous avons choisi pour ce graphique de traiter les réponses indépendamment, sans considérer les réponses croisées des patients.

Nous constatons que 56% ont consulté un professionnel de santé en hypnose car ce dernier était réputé/recommandé.

46% l'ont fait pour la sécurité des soins : 13% de ces patients ont eu recours à l'hypnose car c'est leur médecin traitant lui même qui est spécifié en hypnose.

15% de ces patients ont répondu « autre » à cette question, ils avaient la possibilité de spécifier leur réponse : nous retrouvons dans les réponses le mot « confiance » ou encore « ne souhaite pas voir un charlatan ».

6. Attente des professionnels de santé par rapport à l'hypnose

Une question ouverte a été posée à tous les patients de cette étude : 30 réponses (48%) ont été formulées par les patients (sur 62) ; 28 de ces réponses (77%) ont été recueillies auprès des

patients de médecins spécialisés en hypnose et seulement 2 (8,6%) chez les patients d'hypnothérapeutes.

Certains éléments communs sont retrouvés dans les réponses des patients. Les différentes réponses des patients sont spécifiées en Annexe 6. En effet, le mot « écoute » est mentionnée quatre fois, la notion « de reconnaître et de développer les MCA dont l'hypnose fait partie » est spécifiée onze fois. A travers les réponses, de ces patients, une notion « d'ouverture d'esprit des professionnels de santé » a également été évoquée par les patients.

7. La satisfaction

Une question sur la satisfaction quant au « charisme » du praticien a été posée à tous les patients et la réponse est « oui » à l'unanimité.

Une seconde question quant à l'efficacité des soins apportés a été posée : 39 patients (sur 39) des médecins spécialisés en hypnose ont répondu « Oui » et 21 patients (sur 23) des hypnothérapeutes, ont également répondu « Oui ». Ainsi, seulement deux personnes n'ont été pas satisfaites de leur expérience hypnotique.

Enfin, une dernière question a été posée « Recommandez-vous l'hypnose ? », l'ensemble des patients de cette étude la recommande.

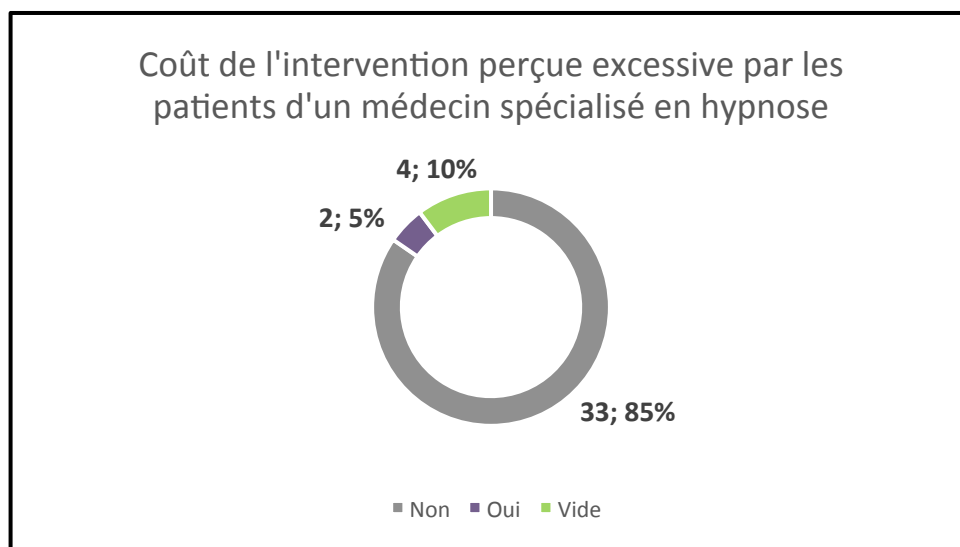


Figure 32 : Coût de l'intervention perçue excessive par les patients d'un médecin spécialisé en hypnose

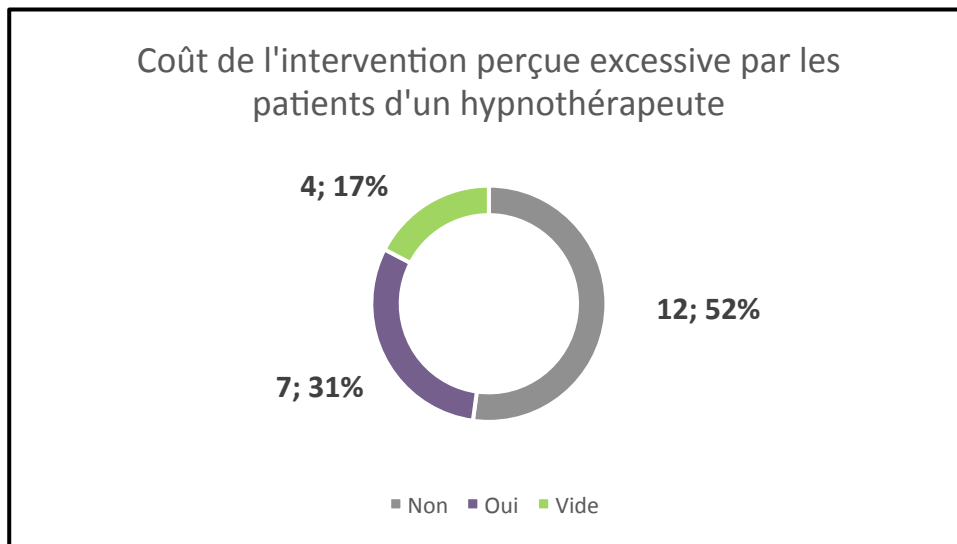


Figure 33 : Coût de l'intervention perçue excessive par les patients d'un hypnothérapeute

85% des patients de médecin spécialisé en hypnose ne trouvent pas excessif le prix de la consultation comparée à 52% pour les patients d'hypnothérapeutes.

Nous constatons que certains patients n'ont pas répondu à cette question : 10% chez les médecins spécialisés en hypnose, 17% chez les hypnothérapeutes.

DISCUSSION

Cette étude s'est globalement bien déroulée, cependant nous avons rencontré tout au long de la réalisation et de la distribution des questionnaires quelques difficultés.

Le principal obstacle a été de trouver des praticiens acceptant de participer à l'enquête. Dans notre étude, les séances d'hypnose ont été menées par huit praticiens. Il serait bon de réaliser une étude avec au moins une vingtaine de praticiens, permettant de gommer un éventuel biais lié au praticien. De plus, les réponses brèves sans détails des patients sur certaines questions, peut-être par manque de temps, est également une limite de ce travail.

Dans cette étude, les personnes ont répondu anonymement à l'ensemble des questions. Il n'y a donc aucun moyen de contrôler les réponses. Le caractère déclaratif de la méthode employée est une des limites de ce travail.

La pertinence des résultats peut être remise en question, dans la mesure où les patients remettaient leurs questionnaires remplis à leur praticien, et pouvaient craindre une relecture de la

part de ce dernier. Même si c'est le cas, cela reste positif car témoigne d'une alliance thérapeutique forte avec leur praticien, et d'une relation praticien-malade de qualité, qui est bénéfique pour le patient.

Par ailleurs, il serait intéressant de comparer l'hypnose à une autre technique de type relaxation ou sophrologie, dans une étude contrôlée. En effet, on peut penser que le simple fait d'être pris en charge, écoutés, peut être à l'origine d'une amélioration de la pathologie pour les patients.

Dans notre étude, le pourcentage de patients ayant eu recours aux MCA (autres que l'hypnose) est supérieur à la valeur citée dans le rapport de l'OMS de 2002 - au moins 75% des français ont eu recours au moins une fois aux MCA - ce qui s'explique par le fait que les patients inclus dans notre étude ont déjà eu recours à une MCA : l'hypnose (85).

Nous pouvons constater, que deux MCA sont utilisées par plus de 50% des patients, hommes et femmes confondus, c'est le cas de l'homéopathie (62% pour les femmes et 50% pour les hommes) et de l'ostéopathie. (74% pour les femmes et 60% pour les hommes). Ces résultats sont en accord avec les résultats du sondage de l'IFOP.

En effet, d'après le sondage IFOP de novembre 2007 pour SPAS Organisation, société spécialisée dans l'organisation et la gestion d'évènements dédiés au bien être, 39% des français ont eu recours à une MCA au cours des 12 derniers mois, 27% à l'homéopathie, 15% à l'ostéopathie (86).

Une des réponses à cette question à choix multiple permettait au patient de mentionner une autre MCA. Sur les 62 patients inclus dans cette étude, 3 ont coché cette case « autre » dont 2 ont spécifié « la sophrologie ».

Les raisons invoquées pour le recours à l'hypnose des deux groupes sont similaires : en effet, nous constatons que les patients ont répondu majoritairement « complémentaire » (54% pour les patients de médecins spécialisés en hypnose et 52% pour les patients des hypnothérapeutes) et « exploiter toutes les ressources » (49% pour les patients de médecins spécialisés en hypnose et 39% pour les patients d'hypnothérapeutes).

Nous constatons que la réponse « Echec de la médecine traditionnelle » a été de nombreuses fois choisie par les patients. En effet, 26% des patients des médecins spécialisés en hypnose ont coché cette réponse.

L'hypnose appartient selon l'Académie nationale de médecine (rapport du 5 mars 2013), aux thérapies complémentaires, ainsi, les réponses données par les patients sont en accord avec cette définition (87).

Les Médecines Complémentaires et Alternatives, 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) ». Selon l’usage qui en est fait, on parlera de « médecines complémentaires » quand elles sont utilisées en complément de la médecine conventionnelle, ou de « médecines alternatives » quand elles sont utilisées à la place de la médecine conventionnelle (85).

Actuellement, l’hypnose a montré un intérêt thérapeutique probable uniquement dans deux indications : la sédation/analgésie pendant l’acte chirurgical et le syndrome de l’intestin irritable (1).

Le stress et l’anxiété sont les deux indications les plus retrouvées.

Une réponse « autre » était possible. Plus de 20% des patients de médecins spécialisés en hypnose et plus de 30% des patients d’hypnothérapeutes ont coché cette réponse. Cela peut s’expliquer par le fait que l’hypnose est utilisée pour beaucoup d’indications et que les propositions de réponses formulées pour cette réponse était incomplètes (1).

Le motif de consultation liée à la gastrologie est surreprésenté, en guise de réponse à cette question. Ce chiffre est à minorer car bon nombre de questionnaires ont été distribués dans le service de gastrologie, dans lequel exerce le Docteur Gérard Naud.

Les patients ayant recours à l’hypnose sont orientés différemment selon qu’ils consultent un hypnothérapeute ou un médecin spécialisé en hypnose. En effet, 70% des patients d’hypnothérapeutes ont consulté en hypnose suite à la recommandation de leurs proches alors que 90% des patients de médecins spécialisés en hypnose ont été encouragés par leur médecin généraliste ou spécialiste.

Une explication à cela peut être la suivante : le médecin généraliste ou spécialiste, au centre du circuit de soins, peut si le patient lui demande ou s’il voit que cela serait intéressant pour ce dernier, lui conseiller de faire une consultation en hypnose chez un médecin spécialisé en hypnose. C’est le cas aujourd’hui dans les hôpitaux, où des médecins se spécialisent en hypnose, en informent leurs confrères qui peuvent ainsi plus facilement leurs envoyer leurs patients si nécessaires.

Ainsi, plus du quart des patients des médecins spécialisés en hypnose affirme qu’il existe une collaboration entre leur médecin généraliste et leur médecin spécialisé en hypnose. Un peu moins de la moitié de ces patients a parlé à leur médecin généraliste de leur démarche de consultation en hypnose et ce dernier approuve sans pour autant collaborer. Les patients n’osent peut être pas en parler avec leur médecin car ce dernier n’a jamais évoqué avec eux la possibilité d’avoir recours aux médecines alternatives et complémentaires dans le cadre de sa pathologie.

Le médecin traitant joue un rôle central dans le suivi médical d'une personne. En effet, pour tous ses patients, il est chargé de coordonner leurs parcours de soins.

Nous pouvons ici suggérer que les médecins généralistes sont mal informés sur l'hypnose, et qu'ils ne savent pas où orienter leurs patients désirant bénéficier d'une telle thérapie.

Un programme d'information d'une part, et de formation d'autre part, destiné aux médecins généralistes, aurait donc tout son intérêt.

Que se soit avec son médecin généraliste ou avec son pharmacien et cela pour tous les patients, nous remarquons que personne n'a répondu « Oui mais il désapprouve ». Cela confirme que l'hypnose est perçue de manière positive, et doit continuer d'être plus souvent proposée comme médecine complémentaire.

Aucun des patients n'affirme une collaboration entre leur pharmacien et leur médecin spécialisé en hypnose. Très peu de ces patients ont parlé à leur pharmacien de leur démarche de consultation en hypnose. Plus des deux tiers de ces patients affirme qu'il n'est pas intéressant de parler de l'expérience avec leur pharmacien.

Une interprétation à cela pourrait être que les patients associent à la pharmacie la manipulation des médicaments. Ce résumé rapide ne met pas en valeur le métier de docteur en pharmacie, en effet, le pharmacien doit certes promouvoir le bon usage des médicaments mais pas seulement, l'article R. 4235-2 du Code de la santé publique précise en effet que le pharmacien "doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale" (88).

L'article L. 5125-1-1 A du Code de la santé publique définit les missions des pharmaciens d'officine. Il mentionne notamment que les pharmaciens officinaux "contribuent aux soins de premier recours" et "peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients" (88).

De plus, le pharmacien a pour rôle de soutenir et d'accompagner ses patients. Ce dernier doit être disponible, et à son écoute, sans le juger, doit faire preuve d'empathie, il doit porter de l'intérêt au patient, sans ingérence, doit valoriser tous les efforts réalisés par le patient.

Nous constatons que plus de la moitié des patients ont consulté un professionnel de santé en hypnose car ce dernier était réputé/recommandé. C'est gratifiant pour le médecin spécialisé en hypnose. Presque la moitié des patients ont consulté un médecin spécialisé en hypnose pour la sécurité des soins.

Comme dit précédemment, la vision de l'hypnose est positive. A cela s'ajoute que le praticien est bien perçu par les patients. Cela permet de les mettre en confiance, de les accompagner dans des démarches qui peuvent être nouvelles comme l'essai de l'hypnose.

Un tiers des patients attend une reconnaissance de l'hypnose de la part des professionnels de santé. Plus de 10% souhaitent de l'écoute, ou une ouverture d'esprit de la part des professionnels de santé.

Ces derniers doivent soigner une personne dans son intégralité et non pas que sa pathologie. Chaque personne aura ses croyances et il faudra les respecter, bien écouter son patient et comprendre ses besoins et ses envies est la base d'une collaboration forte et de qualité entre praticien et patient.

Tous les patients ayant eu recours à l'hypnose dans cette étude se disent satisfaits quant au « charisme » du praticien. La quasi-totalité de ces patients est également satisfaite de l'efficacité des soins apportés. Seulement deux personnes n'ont été pas satisfaites de leur expérience hypnotique. Néanmoins, l'ensemble des patients recommande l'hypnose.

Pour ces deux personnes, plusieurs facteurs peuvent expliquer cette insatisfaction, cela peut venir du patient lui même, qui aurait mal formulé ou mal décrit sa pathologie par exemple.

Nous avons noté des incohérences entre les réponses données par les patients. En effet, les deux personnes n'ayant pas été satisfait de leur séance d'hypnose la recommandent quand même. Cette limite est en lien avec le caractère déclaratif de notre méthode (questionnaire anonyme). Certaines affirmations mériteraient d'être plus justifiées afin de mieux connaître le ressenti du patient.

Plus de trois quarts des patients d'un médecin spécialisé en hypnose ne trouve pas excessif le prix de la consultation alors qu'ils sont uniquement 50% pour les patients d'hypnothérapeutes.

Nous constatons que certains patients n'ont pas répondu à cette question : 10% chez les médecins spécialisés en hypnose, 17% chez les hypnothérapeutes.

On peut s'interroger sur un biais lié au fait que les patients savaient que leur praticien allait connaître les résultats des questionnaires qu'ils devaient remplir, bien qu'anonymes. Ils ont pu parfois ne pas répondre, pour ne pas faire part de leur réelle opinion à leur praticien.

CONCLUSION

L'hypnose en tant qu'outil thérapeutique est un concept ancestral. Il n'est en effet pas exagéré de dire qu'elle a accompagné l'Humanité dans son évolution, suscitant bon nombre de sentiments souvent contraires : curiosité, doute, peur.

En étudiant son histoire, on y découvre des hommes passionnés : chercheurs, auteurs, savants, religieux ou hommes de peu de foi. En effet, l'hypnose a été violemment malmenée par des considérations politiques, religieuses ou relevant d'intérêts personnels. Elle a inspiré et provoqué acceptation et adhésion, elle a été apprivoisée, maîtrisée, améliorée mais aussi refoulée, répudiée, rejetée. Comme tout ce qui survit au temps, elle a éveillé interrogations et déchirements, querelles et agacements. Son efficacité a été questionnée y compris son existence.

Des médecins s'y intéressent et l'utilisent depuis cinq cent ans. Au XXIème siècle l'hypnose officialise sa liaison avec la médecine officielle : elle est reconnue comme réalité en tant qu'outil thérapeutique et même intégrée aux cursus universitaires. Depuis, nous sommes les témoins d'un engouement sans précédent, qui s'installe dans tous les corps du métier, du médical au paramédical, en passant par la psychologie et la psychothérapie.

Bien que nous nous soyons évertués à analyser son fonctionnement, nous avons tenu à respecter son plus grand secret : son mécanisme même. Frustrés, mais amusés, nous terminons avec la certitude qu'il sera un jour dévoilé.

Une chose est certaine cependant, son utilisation implique changements et bouleversements dans le monde médical. L'état hypnotique a de fascinant ses exigences, que le personnel soignant se doit de respecter. Confiance, ambiance idéale, sont autant de conditions à son application. Aussi, nous ne rappellerons jamais assez la nécessité d'une formation de qualité, et appelons à une pratique mesurée de l'hypnose perçue en tant qu'outil thérapeutique. Plus que jamais, nous émettons le souhait que les autorités sanitaires réglementent cette pratique avec vigueur et rigueur, et, dans cette attente, nous renouvelons nos recommandations aux patients, qui se doivent de se renseigner quant à la formation et la compétence des thérapeutes consultés.

Nous avons choisi de donner la parole, à ces patients ou futurs patients, à ceux et celles que nous sommes allés rencontrer. La première étude réalisée avait pour objectif d'estimer l'importance de l'hypnose aux yeux de la population, de faire un point sur les connaissances acquises sur cette technique. Il ressort de cette étude, que plus des trois quarts de la population cible a une définition correcte de l'hypnose. Ces connaissances ont été en grande majorité transmises par la télévision. Il n'est, somme toute, pas exagéré de dire que l'ancien tabou crève désormais le petit écran. Cet engouement pour l'hypnose se traduit par une volonté d'avoir recours à cette méthode si l'occasion

se présente pour 70% des personnes. Ces résultats promettent un avenir grandissant pour l'hypnose dans les années à venir.

La seconde étude avait pour but d'estimer la satisfaction des personnes ayant recours à l'hypnose toutes raisons confondues. L'ensemble des patients est pleinement satisfait. La place du médecin spécialisé en hypnose dans le parcours de soins, ainsi que la satisfaction des patients, ont également été demandées. Un tiers des patients interrogés attend en effet des professionnels de santé qu'ils la reconnaissent, et plus de 10% souhaitent écoute et ouverture d'esprit de la part de ces derniers.

Dès lors, il nous a semblé qu'une attention particulière devait être portée aux étudiants, futurs acteurs du monde de la santé : l'inclusion des médecines complémentaires dans l'enseignement classique de la médecine apparaît comme solution à long terme, permettant à minima d'homogénéiser les connaissances sur ces techniques, sans pour autant justifier leur recours - les preuves scientifiques sur cette question faisant actuellement défaut. Possiblement ce manquement sera-t-il comblé.

Notre étude prend fin sur ces considérations enthousiastes et optimistes, mais ne s'achève pas : nous faisons ici en effet la promesse de renouveler notre intérêt quant à cet outil thérapeutique, à titre professionnel autant que personnel.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 2 juin 2017


LE DOYEN

Pr. Michel SEVE

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Seve', written over a horizontal line.

LE PRESIDENT DE LA THESE

Pr. Vincent DANIEL

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Daniel', written over a horizontal line.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gueguen Juliette, Barry Caroline, Hassler Christine, Falissard Bruno. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose [Internet]. Inserm; 2015 juin. Disponible sur : <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies>
2. Universalis E. FRANZ ANTON MESMER [Internet]. Encyclopædia Universalis. [cité 19 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/franz-anton-mesmer/>
3. This B. Freud : l'émergence de l'inconscient. Paris, France : Pour la science ; 2003. 96 p.
4. Institut National du Cancer. Les différentes parties - Le cerveau. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr>
5. L'activité cérébrale sous hypnose. Disponible sur : <https://carnets2psycho.net/theorie/histoire40.html>
6. Michaux D. Hypnose: aide-mémoire. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C, éditeurs. Paris, France: Dunod, DL 2016 ; 351.
7. Salem G, Bonvin É. Soigner par l'hypnose. Paris, France : Masson ; 2007.
8. Fraçoise Pétry. Cerveau et Psycho "L'hypnose Douleurs, stress, insomnies, des effets positifs avérés. Juillet Aout 2013 ; (58) : 20 - 41.
9. Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose ? Paris, France : Les Éd. de Minuit, impr. 1994. 187 p.
10. Bramwell JM. James Braid, surgeon and hypnotist. London, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord : Macmillan ; 1896. 27 p.
11. Chertok L. [Medical use of hypnosis ; with respect to the recent report of the British Medical Association]. Gaz Med Fr. mai 1955 ; 62 (10) : 853 - 4.
12. Encyclopédie médico-chirurgicale. Tomes 1 et 2, Neuroradiologie, appareil locomoteur. Paris, France : Ed. techniques ; 1991.
13. Bandler R., Grinder J. Patterns of the hypnotic techniques of Milton H.Erickson. Vol 1. Cupertino : ca. Meta Publicaitons ; 1975.
14. Dictionnaire Larousse poche 2017. Paris, France : Larousse, 2016. 1067.
15. Gascon L. L'hypnose médicale : du sommeil à l'éveil : Thèse de doctorat en médecine. [Faculté de Nancy] ; 2007.
16. Amslem-Kipman A, Thurin M, Torrente J. Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale. Kipman S-D, éditeur. S. l. : Wolters Kluwer health ; 2009.
17. Formation Hypnose : Institut Français d'Hypnose Ericksonienne & Nouvelle Hypnose [Internet]. [cité 21 avr 2017]. Disponible sur : <http://www.hypnose-ericksonienne.com>
18. Universalis E. DÉCOUVERTE DU PAPYRUS EBERS [Internet]. Encyclopædia Universalis. [cité 21 avr 2017]. Disponible sur : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/decouverte-du-papyrus-ebers/>

19. Lombroso C. Hypnotisme et spiritisme. pays inconnu : Flammarion ; 1920. 308 p.
20. Michaux D, Halfon Y, Wood C. Manuel d'hypnose pour les professions de santé. Ivernois J-F. Paris, France : Maloine, 2007 ; 302.
21. Universalis E. PARACELSE [Internet]. Encyclopædia Universalis. [cité 21 avr 2017]. Disponible sur : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/paracelse/>
22. Joyand. Précis du siècle de Paracelse : Tom. 1. Paris, 1787, pays inconnu ; 742 p.
23. Allendy R. Paracelse : le médecin maudit. Paris, France : Dervy ; 1987. 199 ; 8.
24. Webster C. Paracelsus confronts the saints : miracles, healing and the secularization of magic. Soc Hist Med J Soc Soc Hist Med. déc 1995 ; 8 (3) : 403 - 21.
25. Benhaïem J-M, éditeur. L'hypnose aujourd'hui. Paris, France : In press ; 2005. 294 p.
26. Mesmer FA, Bersot E, Nicolas S. Mémoire sur la découverte du magnétisme animal (1779). Paris, France, Hongrie, Italie ; 85.
27. Deslon C-N, France. Commissaires chargés par le roi de l'examen du magnétisme animal. 1784, Etats-Unis d'Amérique, France ; 1784. 33 p.
28. Chertok L. Mémoires d'un hérétique. Stengers I, Gille D, éditeurs. Paris, France : Éd. la Découverte ; 1990. 383 ; 4.
29. Deleuze J-P-F. Histoire critique du magnétisme animal. Paris, France : Mame ; 1813.
30. Villers C de. Le Magnétiseur amoureux. Nendeln (Liechtenstein), Liechtenstein : Kraus Reprint; 1978 ; 229.
31. Faria JC da, Dalgado DG. De la Cause du sommeil lucide, ou Étude de la nature de l'homme. Paris, France : Henri Jouve ; 1906 ; 362.
32. Universalis E. HYPNOSE [Internet]. Encyclopædia Universalis. [cité 22 avr 2017]. Disponible sur : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/hypnose/>
33. Braid J, Brown-Sequard C-E. Neurypnologie : traité du sommeil nerveux ou hypnotisme. Paris, France : Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier ; 1883 ; 272.
34. Braid J, Brown-Sequard C-E, Nicolas S. Hypnose : ou Traité du sommeil nerveux, considéré dans ses relations avec le magnétisme animal : (1843). Paris, France, Hongrie, Italie ; xiv+272.
35. Janet P. L'automatisme psychologique : essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Société Pierre Janet, éditeur. Paris, France ; 1989. 462 p.
36. Janet P. La Médecine psychologique... Société Pierre Janet, Laboratoire de psychologie pathologique, éditeurs. Paris, France : Société Pierre Janet ; 1980. 165 p.
37. Bernheim H. Hypnotisme suggestion psychothérapie: études nouvelles. Paris, France : O. Doin ; 1891 ; 518.
38. Benhaïem J-M, éditeur. Hypnose médicale. Paris, France : Med-Line éd. ; 2003. 252 p.

39. Liébeault A-A. Du sommeil et des états analogues : considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique. Paris, France : V. Masson et fils ; 1866. 535 p.
40. Chertok L. Hypnose et suggestion. Paris, France : Presses universitaires de France ; 1989. 125 p.
41. Bernheim H. Hypnotisme, suggestion, psychothérapie: avec considérations nouvelles sur l'hystérie. Castel P-H, éditeur. Paris, France : Fayard, 1995 ; 767 p.
42. Bernheim H. De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille. Paris, France : Octave Doin ; 1884. 110 p.
43. Bernheim H. De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique. Paris, France : O. Doin ; 1886 ; 428.
44. Jones E. La Vie et l'oeuvre de Sigmund Freud. Paris: P.U.F ; 1970.
45. Eyguesier P. Comment Freud devint drogman: études sur la coca et la cocaïne à la Belle époque. Paris, France: Navarin ; 1983. 157 ; 32.
46. Freud S, Breuer J. Etudes sur l'hystérie. Paris, France : Presses universitaires de France ; 1981 ; 254.
47. Freud S. Résultats, idées, problèmes. 1, 1890-1920. Paris, France : Presses universitaires de France ; 1988. 263 p.
48. Freud S. Essais de psychanalyse. Paris, France : Payot & Rivages, 2001 ; 2001. 307 p.
49. Lieury A. Manuel de psychologie générale. Paris, France : Dunod ; 1996 ; 263.
50. Tosti G. Le grand livre de l'hypnose. Paris, France : Eyrolles, DL 2014 ; 454 p.
51. Haley J, Cayrol A. Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson. Paris, France: Desclée de Brouwer, 2001. 380 p.
52. Roland Jaccard. L'hypnose, entretien avec Léon Chertok (1/2) [Internet]. Le blog de Roland Jaccard. 2016 [cité 22 avr 2017]. Disponible sur : <https://leblogderolandjaccard.com/2016/05/22/lhypnose-entretien-avec-leon-chertok-12/>
53. Roland Jaccard. L'hypnose, entretien avec Léon Chertok (2/2) [Internet]. Le blog de Roland Jaccard. 2016 [cité 22 avr 2017]. Disponible sur : <https://leblogderolandjaccard.com/2016/05/23/lhypnose-entretien-avec-leon-chertok-22/>
54. Roustang F. Il suffit d'un geste. Paris, France : O. Jacob ; 2004. 178 p.
55. Roustang F. Influence. Paris, France : Éd. de Minuit, impr. 1990. 178 p.
56. De Pascalis V, Ray WJ, Tranquillo I, D'Amico D. EEG activity and heart rate during recall of emotional events in hypnosis: relationships with hypnotizability and suggestibility. Int J Psychophysiol Off J Int Organ Psychophysiol. août 1998 ; 29 (3) : 255-75.
57. Virot C, Bernard F, Faymonville M-E. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. Rueil-Malmaison, France: Arnette, impr. 2010 ; 285.

58. Erickson MH, Rossi EL, Rossi SI. Hypnotic realities: the induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion. New York, Etats-Unis d'Amérique : Irvington Publishers : distributed by Halsted Press ; 1976 ; 326.
59. Carlo Piccione, Ernest R. Hilgard, and Philip G. Zimbardo. On the Degree of Stability of Measured Hypnotizability Over a 25-Year Period. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989 ; 289 - 95.
60. Barbier E, Etienne R, éditeurs. Aide mémoire: Hypnose en soins infirmiers. Paris, France : Dunod, DL 2016 ; 359.
61. Virot C, Bernard F. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. juin 2010. Arnette ; (Série Verte ; vol. 1e éd.).
62. Salem G, Bonvin É. Soigner par l'hypnose: approches théoriques et cliniques. France ; 372.
63. Chertok L. L'Hypnose. Paris, France: Payot ; 1972. 218 p.
64. Rochas d'Aiglun A de. Les états profonds de l'hypnose. Paris, France: Chacornac ; 1904. 128 p.
65. Roustang F. Hypnose médicale. Benhaïem J-M, éditeur. Paris, France: Med-Line éd., impr. 2012 ; 252 p.
66. Pubmed. Hypnosis [Internet]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=hypnosis>
67. L'hypnose - CFHTB [Internet]. [cité 23 avr 2017]. Disponible sur : <http://www.cfhtb.org/hypnose/>
68. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Fiche Hypnose [Internet]. juin 12, 2016. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/spip.php?page=recherche&recherche=fiche+hypnose>
69. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Pratiques de soins non conventionnelles Médecines complémentaires / alternatives / naturelles [Internet]. déc 13, 2016. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
70. CCAM classification Commune des Actes Médicaux. Séance d'hypnose à visée antalgique [Internet]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abreee.php?code=ANRP001>
71. pharmacies.fr LM des. L'hypnose - Le Moniteur des Pharmacies n° 3173 du 15/04/2017 - Revues - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacies.fr. [cité 23 avr 2017]. Disponible sur : <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3173/l-hypnose.html>
72. stephane bouvier. Hypnose Grenoble France 3 [Internet]. [cité 27 avr 2017]. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=1Sk5VDLN3ek>
73. Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB, David D, Goldfarb A, Wertz CR, et al. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *J Natl Cancer Inst*. 5 sept 2007 ; 99 (17) : 1304 - 12.

74. Association européenne des praticiens d'hypnose. Congrès. Hypnose et gestion de la douleur : actes du septième Congrès de l'Association européenne des praticiens d'hypnose. Varma D, éditeur. Paris, France : L'Harmattan, DL 2015 ; 126 p.
75. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*. avr 2006 ; 130 (5) : 1377 - 90.
76. Whorwell PJ, Prior A, Faragher EB. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *Lancet Lond Engl*. 1 déc 1984 ; 2 (8414) : 1232 - 4.
77. Whorwell PJ, Prior A, Colgan SM. Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome : further experience. *Gut*. avr 1987 ; 28 (4) : 423 - 5.
78. Roberts L, Wilson S, Singh S, Roalfe A, Greenfield S. Gut-directed hypnotherapy for irritable bowel syndrome : piloting a primary care-based randomised controlled trial. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. févr 2006 ; 56 (523) : 115 - 21.
79. Questions posées au Docteur Gérard Naud à propos de l'intérêt de l'hypnose en pré-opératoire. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 1 nov 2016 ; 17 (5) : 278 - 81.
80. Kupers R, Faymonville M-E, Laureys S. The cognitive modulation of pain : hypnosis- and placebo-induced analgesia. *Prog Brain Res*. 2005 ; 150 : 251 - 69.
81. Vanhauzenhuysse A, Boveroux P, Boly M, Schnakers C, Bruno MA, Kirsch M, et al. [Hypnosis and pain perception]. *Rev Med Liege*. juin 2008 ; 63 (5-6) : 424 - 8.
82. Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2016 [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>
83. Moser G, Trägner S, Gajowniczek EE, Mikulits A, Michalski M, Kazemi-Shirazi L, et al. Long-term success of GUT-directed group hypnosis for patients with refractory irritable bowel syndrome : a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol*. avr 2013 ; 108 : 602 - 9.
84. Le journal du net. Le montant moyen (en euros) des revenus déclarés par foyer à l'administration fiscale en 2014. [Internet]. Disponible sur : <http://www.journaldunet.com/economie/impots/classement/departements/revenu-fiscal>
85. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 [Internet]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95009/1/9789242506099_fre.pdf
86. IFOP. Les Français et les médecines naturelles. 2007 nov. Report No. : FD/FACD N°1-6598.
87. Daniel Bontoux, Daniel Couturier, Charles-Joël Menkès. Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins. 2013 mars. (Académie Nationale de Médecine).
88. Code de la Santé Publique [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>

ANNEXES

ANNEXE 1 : TEST PRATIQUE DE PERCEPTION SENSORIELLE

Répondez de façon spontanée aux questions suivantes en encerclant la lettre correspondante et voyez le résultat dans le corrigé.

1. Vous êtes en congé et il pleut :

- A- Pour vous, la journée est «perdue»;
- B- Vous surveillez l'apparition de l'arc-en-ciel;
- C- Vous aimez l'odeur de l'air et des feuilles mouillées;
- D- Vous écoutez le bruit de l'eau sur le toit.

2. Dans un grand magasin, vous êtes agacé par :

- A- Les annonces et promotions que l'on fait au micro;
- B- Le changement de rayon des produits que vous achetez;
- C- L'absence de vendeur ou de conseillère pour vous guider;
- D- L'augmentation des prix.

3. A la station libre-service :

- A- Vous vous fiez au son du dispositif d'arrêt de la pompe;
- B- Vous surveillez au cadran la quantité et le prix;
- C- Vous profitez de cette pause pour prendre une bouffée d'air;
- D- Vous calculez votre consommation depuis le dernier plein.

4. En voiture, lorsque vous ne conduisez pas :

- A- Vous écoutez la radio;
- B- Vous en profitez pour regarder le paysage;
- C- Vous êtes relaxe et détendu;
- D- Vous avez tendance à conduire à la place du chauffeur.

5. Un chien ou un chat réclame vos caresses :

- A- Vous ne comprenez pas trop ce qu'il vous veut;
- B- Vous le prenez dans vos bras sans aucune gêne;
- C- Vous caressez doucement sa fourrure;
- D- Vous n'aimez pas trop ce contact.

6. Dans une foire, un cirque ou une exposition :

- A- Le bruit des machines et des gens vous agresse;
- B- La diversité et les couleurs des étalages vous charme;
- C- Vous vous mélangez à la foule qui se presse à un kiosque;

D- Vous vous rappelez d'autres événements semblables.

7. Dans une salle de danse ou de spectacle :

- A- Vous trouvez la musique trop bruyante;
- B- Vous observez surtout les effets de l'éclairage;
- C- Vous sentez toute de suite s'il y a ou non de l'ambiance;
- D- Vous avez pris soin de réserver une table, bien sûr...

8. Au restaurant, vous appréciez tout d'abord :

- A- L'ambiance créée par la musique;
- B- La décoration de la salle à manger;
- C- Le confort des chaises;
- D- La variété et l'abondance du menu.

9. A votre réveil, vous remarquez :

- A- La sonnerie de votre réveille-matin;
- B- La lumière du jour à travers la fenêtre;
- C- Qu'il vous faut quitter la chaleur de votre lit;
- D- Vous anticipez ce que vous avez à faire aujourd'hui.

10. Dans le métro, le train, l'avion ou l'autobus :

- A- Vous écoutez les conversations des gens;
- B- Vous observez les autres passagers;
- C- Vous trouvez qu'il fait chaud ou froid;
- D- Vous êtes plongé dans vos pensées.

11. A l'intérieur d'une église, vous êtes frappé :

- A- Par la qualité du silence;
- B- Par la pénombre et la lueur des cierges et des vitraux;
- C- Par l'odeur de la cire ou de l'encens;
- D- Par rien de précis.

12. Vos voisins reviennent de voyage :

- A- Vous pensez au bruit, qui va recommencer;
- B- Vous trouvez qu'ils ont l'air reposé;
- C- Vous êtes bien content pour eux;
- D- Vous songez à vos prochaines vacances.

13. Sur la plage, votre attention est captée par :

- A- Le bruissement des vagues et les cris des oiseaux;
- B- La beauté du paysage et de l'environnement;
- C- L'odeur de l'air et des embruns;
- D- Vous analysez l'heure et l'à-propos de votre promenade.

14. Dans votre bain ou votre douche :

- A- En paix, vous y chantez ou écoutez de la musique;
- B- Vous rêvassez doucement;
- C- Vous aimez la douceur de l'eau chaude sur votre peau;
- D- Vous savez exactement pourquoi cela vous détend.

15. Vous achetez un vêtement :

- A- Parce que sa valeur et son prix vous satisfont;
- B- Parce que vous voyez qu'il vous va bien dans la glace;
- C- Parce que c'est le plus doux et le plus confortable;
- D- Parce qu'il vous paraît éminemment pratique.

SOLUTION : Attribuez un point à chaque A, deux à chaque B, trois à chaque C et quatre points à chaque D. Faites la somme.

EXPLICATION : si vous totalisez moins de 20 points vous êtes auditif. Si vous avez entre 21 et 35 points: vous êtes visuel. Entre 36 et 45 points: vous êtes kinesthésique. Plus de 45 points: vous vous fiez à votre «dialogue intérieur». Il est possible aussi que vous soyez un auditif ou un visuel qui a développé son côté complémentaire et... qui a tendance à rationaliser...

Isabelle David,
Maître Enseignant Certifié en PNL

© IDCOM International inc.

ANNEXE 2 : LETTRE ADRESSÉE AUX PRATICIENS

Grenoble, le 16/02/2017

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une thèse de docteur en pharmacie, j'étudie l'utilisation des médecines complémentaires et plus particulièrement de l'hypnose médicale.

J'ai réalisé un questionnaire que je souhaiterais faire remplir par vos patients.

Le but de ce questionnaire est de mieux comprendre les raisons de l'utilisation ou de la non-utilisation de l'hypnose. Par ce questionnaire nous allons essayer de savoir quelles sont les attentes des patients par rapport à l'hypnose pour améliorer la prise en charge.

Les réponses sont confidentielles et ne seront pas communiquées en dehors de ma thèse, de plus, le questionnaire est anonyme.

Je vous remercie vivement de votre participation et de votre aide dans l'élaboration de ma thèse.

Agathe MINORET

06 63 23 12 70

agatheminoret@gmail.com

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE 1

Vous : Sexe : F M Âge : ans
Exercez-vous actuellement une activité professionnelle ? Oui Non
Si oui, laquelle ?
Êtes vous en couple : Oui Non

L'hypnose : Avez-vous déjà entendu parler de l'hypnose ? Oui Non

Si oui, où ?

- À la télévision
- L'entourage
- Votre médecin traitant, votre pharmacien
- À l'hôpital
- Autre :

Pour vous, qu'est-ce que l'hypnose ?

- Un état modifié de conscience naturelle
- Un état modifié de conscience non-naturelle
- Une méthode de relaxation
- Un médicament

Avez-vous déjà eu recours à l'hypnose ? Oui Non

Votre consultation :

Si oui, dans quelles circonstances ? Pour quel problème ?

- Anesthésie
- Douleur Aigüe
- Douleur Chronique
- Cancer
- Anxiété
- Troubles psychiques (dépression, comportement addictif, etc.)
- Autre :

Avez-vous eu un résultat satisfaisant ? Oui Non

A quel moment de la maladie avez-vous eu recours à ces traitements conventionnels ?

- Dès le début de la maladie
- Après avoir essayé des traitements conventionnels ?

Seriez-vous d'accord d'avoir recours à l'hypnose un jour si un professionnel de santé vous le conseille ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

- Trop de peur
- Pas assez confiance
- Manque d'informations sur l'hypnose
- Autre :

Pensez-vous que l'hypnose peut avoir des effets négatifs ? Si oui lesquels ?

- Oui :
- Non

Pensez-vous que l'hypnose devrait être remboursée par l'assurance maladie ?

- Oui Non

Pour vous quel avenir à l'hypnose médicale ?

- Aucun
- Un effet de mode qui va surement passer d'ici quelques années
- Un avenir grandissant avec de plus en plus d'adeptes

Pensez-vous que les professionnels de santé aujourd'hui devraient plus parler des médecines parallèles à leurs patients ? Oui Non

Remarques :

Votre avis m'intéresse !

Vos réponses seront confidentielles et ne seront pas communiquées en dehors de ma thèse.

Merci d'avance

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE 2

Vous : Sexe : F M Âge : ans
Exercez-vous actuellement une activité professionnelle ? Oui Non
Si oui, laquelle ?
Êtes vous en couple : Oui Non

Les Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) :

Avez-vous déjà eu recours aux MCA ? Oui Non

Quelles sont les MCA que vous consultez ?

- Homéopathie
- Ostéopathie
- Magnétiseur
- Acupuncture
- Phytothérapie/Aromathérapie
- Hypnose Ericksonienne
- Rebouteurs
- Autres :

L'hypnose :

Si vous avez déjà eu recours à l'hypnose, vous êtes plutôt :

- Un utilisateur « courant »
- Un utilisateur « ancien ou occasionnel »

Pourquoi avoir fait le choix de l'hypnose ?

- Préventive
- Alternative
- Complémentaire
- Exploiter toutes les ressources possibles
- Echec de la médecine conventionnelle
- Peur des médicaments classiques
- Autres :

Types de pathologies pour lesquelles vous avez consultées en hypnose :

- Dépression
- Grossesse
- Troubles du sommeil
- Troubles digestifs
- Anxiété
- Opération
- Cancers
- Douleurs
- Tabac
- Stress
- Autres :

Votre consultation :

Quel a été le mode d'orientation vers une consultation d'hypnose Ericksonienne ?

- Proches
- Médecin traitant
- Pharmacien
- Médias, presse
- Internet

Selon vous, est il utile de parler de l'hypnose avec votre **médecin traitant** ?

- Non, je ne vois pas l'intérêt de lui en parler
- Oui, mais nous n'avons jamais échangé sur ce sujet
- Oui, mais il désapprouve
- Oui, et il approuve sans pour autant collaborer
- Oui, et il travaille en collaboration avec mon autre soignant et/ou me conseille

Selon vous, est il utile de parler de l'hypnose avec votre **pharmacien** ?

- Non, je ne vois pas l'intérêt de lui en parler
- Oui, mais nous n'avons jamais échangé sur ce sujet
- Oui, mais il désapprouve
- Oui, et il approuve sans pour autant collaborer
- Oui, et il travaille en collaboration avec mon autre soignant et/ou me conseille

Avez-vous eue recours à un **médecin** spécialisé en hypnose ? Oui Non

Si oui, pourquoi ce choix ?

- Pour la sécurité des soins
- Pour la part de remboursement
- Recommandé/réputé
- Il s'agit de mon médecin traitant
- Autre :

Qu'est ce que vous attendez des professionnels de santé sur ce sujet ?

.....
.....

La satisfaction :

Satisfaction quant au « charisme » du soignant Oui Non

Satisfaction quant à l'efficacité des soins apportés Oui Non

Le coût de l'intervention vous a-t-il semblé excessif ? Oui Non

Recommandez-vous l'hypnose ? Oui Non

Remarques :

.....
.....
.....