



HAL
open science

Fréquence du recours à l'Hypnose médicale dans la prise en charge des douleurs chroniques en Médecine Générale dans les Bouches du Rhône et départements limitrophes

Laure Fontanel

► To cite this version:

Laure Fontanel. Fréquence du recours à l'Hypnose médicale dans la prise en charge des douleurs chroniques en Médecine Générale dans les Bouches du Rhône et départements limitrophes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01871740

HAL Id: dumas-01871740

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01871740>

Submitted on 11 Sep 2018

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.

Fréquence du recours à l'Hypnose médicale dans la prise en charge des douleurs chroniques en Médecine Générale dans les Bouches du Rhone et départements limitrophes.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 5 Octobre 2017

Par Madame Laure FONTANEL

Née le 12 avril 1988 à Bayonne (64)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur ASTOUL Philippe	Président
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) VION-DURY Jean	Assesseur
Monsieur le Docteur GEIGLE Pierre	Directeur
Madame le Docteur CANALE Marianne	Assesseur
Madame le Docteur DONNET Anne	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHIERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTEY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
MM POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-
Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie- Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARANINCHI Dominique Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikaël	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)****ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

VELLY Lionel (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BURKHART Gary (PAST)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**CARDIOLOGIE 5102**

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH)
THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
FRERE Corinne (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
 MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 DELARQUE Alain (PU-PH)

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

 EBBO Mikael (MCU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

 JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

NUTRITION 4404**NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	PHILOSOPHIE 17
PEDIATRIE 5401	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) ANDRE Nicolas (MCU-PH)	PHYSIOLOGIE 4402
	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A NOTRE PRESIDENT DU JURY,

Monsieur le Professeur Philippe ASTOUL

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites d'assurer la présidence de mon jury de thèse.

Soyez assuré de l'expression de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A NOS MAITRES ET JUGES,

Monsieur le Professeur Patrick GERBEAUX

Pour le partage de vos connaissances et de votre expérience, lors de mon passage aux urgences,

Pour l'attention que vous me portez en participant à ce jury et l'honneur que vous me faites de juger mon travail, recevez l'expression de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Jean VION-DURY

Pour l'honneur que vous me faites en siégeant dans le jury de cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude et de ma haute considération.

A NOS MAITRES ET JUGES,

Madame le Docteur Anne DONNET

Vous me faites le grand honneur d'accepter de juger mon travail.
Recevez l'expression de mes profonds remerciements et de ma respectueuse reconnaissance.

Madame le Docteur Marianne CANALE

Merci Marianne pour ton soutien, tes conseils avisés dans l'élaboration de ce travail, et d'avoir accepté d'être à mes côtés ce jour.
Merci pour toutes les connaissances que j'ai pu acquérir à tes côtés, ton exercice de la médecine est pour moi un modèle.
Merci pour tous les bons moments partagés.
Avec toute mon amitié.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE,

Monsieur le Docteur Pierre GEIGLE

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez témoignée en acceptant de superviser ce travail.
Je vous suis très reconnaissante pour votre disponibilité.
Soyez assuré de ma respectueuse considération.

Merci tout particulièrement,

A Maman et Mané chéries, merci pour votre amour inconditionnel et votre soutien sans faille depuis toujours. Je vous dois tout.

Maman, un immense merci pour ton aide précieuse dans l'élaboration de ce travail. Je vous aime plus que tout.

A mamie, qui est dans mon cœur.

A Nono, te voio bene.

A Pierre, merci pour ton soutien, ton réconfort tout au long de ce projet et pendant tout notre internat. Merci pour tous ces moments partagés, pour ta présence, ton amour et ta patience chaque jour.

Au Docteur Ivan Carapina, à qui je dois ma rencontre avec l'hypnose, et dont les qualités humaines et professionnelles sont inégalables. Merci pour votre aide.

A Cathy, parrain, Alex et Fab, ma famille montoise.

A Laeti et Eva, mes croquettes chéries, tellement de choses partagées pendant toutes ces années de Fac ! Merci pour tous ces moments inoubliables et votre amitié sans faille. Je vous aime.

A claire, ma sœur de cœur.

A toute l'équipe du court séjour d'Aubagne, Sylvie, Marianne, merci pour votre accueil pour mes premiers pas d'interne.

A la Gynéco Team de Martigues et amis : Caro, Nath, Nico, Simon, Coco, Houria, et Isa merci pour tout ce que tu nous as appris.

A mon maitre de Stage, le DR Mizzi, auprès de qui j'ai débuté la médecine générale en cabinet.

A « mes G4 préférées », spéciale dédicace : Anne-Laure, Julie, Andréa, Valérie, et à tous mes autres supers co internes des Urg Timone, avec qui l'on a bravé la tempête dans la bonne humeur pendant 6 mois ! Marie, Stéph, Rémy, Grég, Cécilia, Charline, Sonia, Thomas, Julia...

A mon équipe de Choc d'Endocrino : Charlène, Sébastien, Rachel, Marie, Thibaut, Yanis, Marine, Lucille, Hélène... merci pour votre bonne humeur et pour ce semestre au top !

Merci aux responsables du DU d'hypnose de la faculté de médecine de Nice pour leurs compétences.

A Emmanuel et Maurine, merci pour cette belle rencontre et pour tous ces bons moments partagés et ceux à venir !

A Sylvie, un immense merci pour m'avoir accueillie avec tant de générosité, avec toute mon amitié.

A Mme et M. Rochereau, vous me faites l'immense honneur de votre présence. Je vous remercie pour toute votre gentillesse envers maman et moi-même durant toutes ces années.

A Christine et Denis, un grand merci pour votre présence ainsi que pour toutes vos attentions et votre gentillesse.

A Caro, et Melissa.

A tous mes co externes de Bordeaux, dont Clara, Mimi, Camille, Cyril, Sylvain et tous les autres !

A Shirley, ma Faruquita et à tout le groupe Aires del Sur, pour toutes ces superbes années de danse et celles à venir !

A Lilian, et Lionel, toujours au top depuis le lycée, ne changez rien.

Je remercie le Dr Mancini pour sa collaboration et son aide.

Je remercie également tous les médecins qui ont participé à l'étude, et permis l'aboutissement de ce projet.

A tous ceux que je n'ai pas cités mais que je n'oublie pas !

SERMENT D'HIPPOCRATE



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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PARTIE I

I - LA DOULEUR

1. DEFINITION.....	11
1.1 La nociception.	11
1.2 La douleur.....	11
1.3 Epidémiologie et impact socio-économique.	12
1.3.1 Impact sur le plan individuel.	13
1.3.2 Impact sur le plan collectif.	13
2. RAPPELS PHYSIOPATHOLOGIQUES. ;.....	15
2.1 Les voies de la douleur.	15
2.1.1 <i>Le système lemniscale.</i>	15
2.1.2 <i>Le système extra-lemniscal.</i>	15
2.2 Les mécanismes de contrôle de la douleur.	18
2.2.1 <i>Contrôle ascendant de la douleur : la théorie du «gate control»</i> 18	
2.2.2 <i>Le contrôle inhibiteur descendant.</i>	19
2.2.3 <i>Le contrôle inhibiteur diffus induit par la nociception.</i>	20
2.3 Les médiateurs chimiques de la nociception.	22
2.3.1 <i>Au niveau périphérique.</i>	22
2.3.2 <i>Au niveau de la corne dorsale de la moelle.</i>	22
2.3.3 <i>Au niveau supra spinal.</i>	22

3. CLASSIFICATION DE LA DOULEUR..	23
3.1 Douleur par excès de nociception	23
3.2 Douleur neuropathique	24
3.3 Douleur mixte	24
3.4 Le syndrome douloureux régional complexe	24
3.5 Douleur psychogène	24
3.6 Douleur idiopathique	25
4. LES TROIS COMPOSANTES DE LA DOULEUR SELON MELZAC.	25
4.1 Composante sensori-discriminative	25
4.2 Composante affectivo-émotionnelle et comportementale	25
4.3 Composante cognitive	25
5. INTERROGATOIRE ET EXAMEN CLINIQUE D'UN PATIENT DOULOUREUX	25

II - L'HYPNOSE MEDICALE

1. HISTORIQUE DE L'HYPNOSE	29
1.1 Une pratique antique	29
1.2 Le magnétisme animal	29
1.2.1 <i>Frantz Anton Mesmer</i>	30
1.2.2 <i>De Puysegur</i>	30
1.3 L'avènement de l'hypnotisme	31
1.3.1 <i>L'abbé De Faria</i>	31
1.3.2 <i>James Braid</i>	31
1.3.3 <i>Jean-Martin Charcot</i>	31
1.4 Sur la voie de la découverte et de la neurophysiologie de l'inconscient, dissociation et suggestions	32
1.4.1 <i>Pierre Janet</i>	32
1.4.2 <i>Sigmund Freud</i>	32
1.4.3 <i>Hyppolite Bernheim</i>	33
1.5 L'hypnose contemporaine en France	33
1.5.1 <i>Léon Chertok</i>	33
1.5.2 <i>Didier Michaux</i>	33
1.5.3 <i>Jean Godin</i>	34
1.5.4 <i>François Roustang</i>	34

1.6	L'évolution de l'hypnose aux U.S.A.....	34
1.6.1	<i>L'hypnose expérimentale</i>	34
1.6.2	<i>L'hypnose praticienne</i>	34
2.	DEFINITION..	35
2.1	Etat de conscience naturel.....	36
2.2	Ensemble de pratiques différentes.....	37
2.2.1	<i>L'hypnoanalgésie</i>	37
2.2.2	<i>L'hypnosédation</i>	38
2.2.3	<i>L'hypnothérapie</i>	38
2.3	Deux modes d'utilisation de l'hypnose.....	38
2.3.1	<i>Direct ou formel</i>	38
2.3.2	<i>Indirect ou informel</i>	38
2.4	Les états de conscience et l'attention.....	39
2.4.1	<i>La conscience critique</i>	39
2.4.2	<i>La conscience hypnotique</i>	39
2.4.3	<i>La transe spontanée négative</i>	39
2.4.4	<i>La transe spontanée positive</i>	39
3.	DEROULEMENT D'UNE SEANCE..	39
3.1	Première phase : l'induction.....	40
3.1.1	<i>L'absorption</i>	40
3.1.2	<i>La confusion</i>	42
3.1.3	<i>La dissociation</i>	42
3.1.4	<i>Les différents types d'induction</i>	44
3.1.4.1	<i>Induction rapide</i>	44
3.1.4.2	<i>Induction progressive</i>	45
3.2	Deuxième phase : L'approfondissement de la transe.....	46
3.2.1	<i>Activation de recherche inconsciente</i>	47
3.2.2	<i>Mise en place de processus inconscients</i>	47
3.2.2.1	<i>Exemples de processus idéodynamiques</i>	48
3.2.2.2	<i>Les suggestions</i>	48

3.3	Troisième phase : Phase de travail thérapeutique.....	48
3.3.1	<i>Les suggestions.</i>	48
3.3.2	<i>Les signes physiques de transe.</i>	49
3.4	Quatrième phase : La réassociation.....	49
4.	LA COMMUNICATION EN HYPNOSE..	51
4.1	L'école de Palo Alto.....	51
4.2	Deux modes de communication.	53
4.2.1	<i>Communication Digitale</i>	54
4.2.1.1	<i>Le langage verbal</i>	54
4.2.2	<i>Communication Analogique</i>	57
4.2.2.1	<i>Le langage para verbal</i>	57
4.2.2.2	<i>Le langage non verbal</i>	58
5.	NEUROPHYSIOLOGIE DE L'HYPNOSE.....	59
5.1	L'Electroencéphalogramme. (EEG).....	59
5.1.1	<i>Les ondes alphas.</i>	59
5.1.2	<i>Les ondes thêtas.</i>	60
5.1.3	<i>Les ondes betas.</i>	60
5.1.4	<i>Les ondes à 40 HTZ</i>	60
5.2	L'imagerie cérébrale.....	60
5.2.1	<i>La Tomographie par émission de positions.</i>	60
5.2.2	<i>L'IRM fonctionnelle.</i>	64
5.3	Sur le plan physiologique.	65
6.	MESURE DE L'HYPNOSE..	65
7.	PROCEDURE ET RECHERCHE EN HYPNOSE.....	67

III - UTILISATION DE L'HYPNOSE DANS LA DOULEUR CHRONIQUE

1.	COMPOSANTE PSYCHOLOGIUE : LA SUGGESTIBILITE..	70
1.1	Les suggestions d'analgésie : efficacité ou simple simulation ?.....	71
1.2	Les suggestions d'analgésie : effet placebo ?.....	71

2. NEUROPHYSIOLOGIE.....	72
2.1 Le système opioïde endogène.....	72
2.2 La modification du réflexe de flexion (RIII).....	73
2.3 La modification du seuil de tolérance à la douleur.....	74
3. APPORT DE L'IMAGERIE..	75
4. LES DIFFERENTES TECHNIQUES UTILISEES.....	76
4.1 Les suggestions de dissociation.....	76
4.2 Les suggestions centrées sur l'analgésie.....	76
4.3 Les suggestions axées autour de la réinterprétation de la douleur.....	76
5. CHAMPS D'APPLICATION DE L'HYPNOSE DANS LA DOULEUR CHRONIQUE..	79
6. LES CONTRES INDICATIONS A L'HYPNOSE..	81
7. DEVELOPPEMENT DE L'HYPNOSE A L'HOPITAL.....	81

PARTIE II.

ETUDE SUR LA FREQUENCE DU RECOURS A L'HYPNOSE DANS LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS CHRONIQUES EN MEDECINE GENERALE


I - <u>CADRE DE L'ETUDE</u>.....	83
II - <u>MATERIELS ET METHODE</u>.....	84
1. Type d'étude.....	84
2. Questionnaire.....	84
3. Recrutement des médecins.....	90
3.1 Critères d'inclusion.....	90
3.2 Critères de non inclusion.....	90
3.3 Période de recrutement.....	90
3.4 Réalisation de l'étude.....	90

4. Recueil des données.	91
5. Analyse des données.	91

III – RESULTATS

1. Données sociodémographiques et professionnelles des médecins généralistes.	92
1.1 Genre.....	92
1.2 Age.....	93
1.3 Lieux d'exercice professionnel.....	93
1.4 Formations complémentaires.....	93
2. Approche de la prise en charge des douleurs chroniques en médecine de ville.	94
2.1 Pathologies chroniques rencontrées.....	94
2.2 Facteurs liés à l'échec de prise en charge thérapeutique.	95
2.3 Intervenants dans le parcours de soin.	96
2.4 Comorbidités associées.....	97
3. Fréquence du recours à l'hypnose dans la prise en charge des douleurs chroniques en Médecine Générale : objectif principal.....	97
4. Connaissances des médecins généralistes sur l'hypnose médicale.....	98
5. Place de l'hypnose dans le parcours de soin.	100
6. Facteurs limitants le recours à l'hypnose en médecine générale.....	102
7. Profils des médecins adresseurs à l'hypnose.....	103
7.1 En fonction du genre.....	103
7.2 En fonction de l'âge..	103
7.3 En fonction du lieu d'exercice professionnel.....	104
7.4 En fonction des formations complémentaires.....	104
7.5 En fonction de leur expérience personnelle de l'hypnose.....	104
7.6 En fonction de leurs connaissances sur l'hypnose.....	105
7.7 En fonction de la patientèle.....	105
7.8 En fonction du parcours de soin.....	106

IV - DISCUSSION

1. Méthode.....	106
1.1 L'échantillonnage.....	106
1.2 Le questionnaire.....	107
1.3 Représentativité de l'échantillon.....	107
2. Résultats.....	109
2.1 Approche de la douleur chronique en médecine de ville.....	109
2.2 Fréquence du recours à l'hypnose.....	111
2.3 Connaissance des médecins généralistes sur l'hypnose médicale.....	111
2.4 Place de l'hypnose dans le parcours de soin.....	113
2.5 Facteurs limitants le recours à l'hypnose.....	115
2.6 Profils des médecins adresseurs à l'hypnose.....	118
3. Limites de l'étude.....	121
– <u>CONCLUSION</u>	123
– <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	126 à 132
– <u>TABLE DES ILLUSTRATIONS</u>	133
- Liste des figures.....	133
- Liste des tableaux.....	134
– <u>LISTE DES ABREVIATIONS</u>	135
– <u>ANNEXES</u>	
Annexe 1. Le questionnaire adressé aux médecins.....	137 à 142
Annexe 2. Villes incluses dans l'étude.....	143
Annexe 3. Résultats de l'enquête quantitative.....	143
Annexe 4. Résultats descriptifs du questionnaire	
Fréquence d'adressage en fonction	
des caractéristiques des médecins généralistes.	
	145 à 166
– <u>RESUME</u>	167

« L'Hypnose c'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne »

M.ERICKSON

INTRODUCTION

« Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes ». Telle est la définition de la douleur proposée par l'IASP (International Association for the Study of Pain).

La douleur est une expérience individuelle multifactorielle, mettant en jeu différentes composantes: sensori-discriminative, émotionnelle, comportementale et cognitive.

La prévalence des douleurs chroniques, en France est estimée entre 15 et 30% dans la population, ce qui en fait un motif fréquent de consultation en médecine générale.

Les douleurs chroniques représentent un réel problème de santé publique, aussi bien sur le plan individuel que collectif avec un impact socio-économique important.

Au centre de la chaîne de soin, et acteurs de premier recours dans la prise en charge de la douleur, les médecins généralistes sont confrontés au quotidien aux difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces pathologies chroniques douloureuses.

Face à une instrumentalisation de la médecine de plus en plus présente, ainsi que des patients et soignants désireux de recourir à une approche plus globale centrée sur la personne, on assiste ces dernières années à l'essor des thérapies non conventionnelles dans les pays développés.

Bien qu'utilisée pour traiter la douleur depuis des siècles, c'est seulement depuis deux décennies que les chercheurs ont commencé à identifier les effets spécifiques de l'hypnoalgésie sur l'activité cérébrale.

L'hypnose a fait la preuve de son efficacité dans le traitement des douleurs chroniques et les travaux de recherche montrent qu'elle a des effets spécifiques pour réduire l'intensité de la douleur au-delà des effets placebo.

L'hypnose thérapeutique est une expérience relationnelle mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques permettant aux patients atteints de

pathologies chroniques d'améliorer leur qualité de vie en atténuant les douleurs ainsi que l'état de stress lié à leur pathologie.

Bien que de plus en plus utilisée dans le milieu médical, notamment hospitalier, elle reste cependant une pratique encore controversée dont les applications thérapeutiques, pourtant multiples, sont finalement mal connues du grand public et des professionnels de santé.

Quand est-il de l'utilisation de cet outil en médecine de ville ? Les médecins généralistes adressent-ils leurs patients douloureux à un hypnothérapeute ?

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la fréquence du recours à l'hypnose, par les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients douloureux chroniques.

D'autre part nous évaluerons les connaissances des médecins sur l'hypnose thérapeutique.

Nous tenterons de déterminer sa place dans le parcours de soin des douleurs chroniques.

Nous nous intéresserons également aux facteurs limitants l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge des patients douloureux en ambulatoire.

Enfin nous décrirons le profil des médecins qui proposent cette alternative thérapeutique à leurs patients.

Avant de présenter et d'analyser notre travail de recherche, nous allons dans une première partie aborder le thème de la douleur ; au travers d'un rappel sur les différentes composantes ainsi que sur les mécanismes physiopathologiques et leurs conséquences.

Puis nous développerons le sujet de l'hypnose thérapeutique en détaillant les étapes historiques, les différentes études scientifiques menées sur le sujet ainsi que les champs d'application de l'hypnose dans la douleur chronique.

I. LA DOULEUR

1. DEFINITION

La douleur est une expérience subjective complexe, qui repose sur des bases neurophysiologiques et neuropsychologiques.

On distingue :

1.1 La nociception :

Elle correspond à une fonction biologique qui est un mécanisme d'alarme dont le rôle est de détecter des stimulations internes (viscérales) ou externes (cutanées), dont l'intensité menace l'intégrité physique de l'individu. Ce phénomène est purement physiologique car l'information n'est pas traitée par les centres supérieurs.

1.2 La douleur :

D'après *l'International Association For The Study Of Pain*, (IASP), la douleur est définie comme « une expression sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion réelle ou potentielle des tissus, ou décrite en terme d'une telle lésion ».

(1)

Cette définition affirme une dimension sensorielle indissociable d'une dimension affective, émotionnelle, psychologique. La douleur est donc toujours subjective.

On parle de douleur chronique quand la douleur est supérieure à 3 ou 6 mois. Ce n'est alors plus un symptôme mais un syndrome, plurifactoriel et complexe, associant des manifestations physiques, mais aussi psychiques, comportementales et sociales.

La HAS (Haute Autorité de Santé), définit la douleur chronique, ou syndrome douloureux chronique comme un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, (quel que soit sa topographie et son intensité), persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient. (1)

La douleur chronique peut être accompagnée de :

-Manifestations psychopathologiques,

-D'une demande insistante du patient à un recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à soulager.

-D'une difficulté du patient à s'adapter à la situation. (2)

Pour MORASZ, la douleur n'est que la face émergente de ce qui fait mal à la personne soignée. Trop souvent perçue comme un processus physiologique réclamant avant tout l'antalgie, la douleur est à intégrer dans la globalité du sujet. (3)

Ces différents exemples de définitions de la douleur, convergent vers un point identique : la douleur n'est pas une expérience sensorielle isolée, mais intègre également les composantes affective et émotionnelle.

L'interaction entre ces deux dernières dimensions de la douleur permet, en partie, d'expliquer comment l'Hypnose peut moduler ou agir sur l'expérience douloureuse d'un sujet.

1.3 Epidémiologie et impact socio-économique

Les 5 types de douleurs chroniques les plus fréquentes en consultation de ville sont (4) (5) :

•*Les lombalgies et les lombo-radiculalgies.* Leur prévalence est estimée à 26,9% dans la population générale française (PGF). Elles représentent un motif fréquent (20% des consultations) de recours à une structure spécialisée de prise en charge de la douleur chronique.

•*Les céphalées chroniques quotidiennes :* Elles sont définies par la présence d'une céphalée plus de 15 jours par mois depuis plus de 3 mois. Leur prévalence est estimée à 3% dans la PGF. Elles représentent une consommation de produits de santé estimés à 2 milliards d'euros par an. La prévalence des migraines chez l'adulte est estimée entre 17 et 21%, dans la PGF.

•*Les douleurs neuropathiques chroniques* : Leur prévalence est estimée à 7% dans la PGF (la fibromyalgie à 2,2%), dont 50% sont des douleurs neuropathiques post-chirurgicales : 19% post saphénectomie, 16% post arthroscopie, 12% post cure de hernie inguinale.

Elle représente 17% des motifs de consultations dans un centre anti douleur.

•*Les douleurs arthrosiques et musculo-squelettiques* : La prévalence de l'arthrose est de 17% dans la PGF.

1.3.1 Impact sur le plan individuel :

Selon une étude française publiée dans la revue *PAIN* en 2006 ; 30% de la population générale souffre de douleurs chroniques, dont 20% de douleurs importantes justifiant une prise en charge médicale adaptée. Les patients douloureux chroniques souffrent en moyenne depuis 5-7 ans, et 72% de manière permanente. (6)

La douleur chronique présente un retentissement important sur le plan personnel, professionnel et social du patient :

- elle est une source de handicap et d'altération majeure de la qualité de vie ; en effet 2 patients sur 3 sont directement handicapés par la douleur dans leurs activités physiques quotidiennes, leur sommeil, et loisirs.

-2/3 des patients se sentent anxieux et/ou déprimés.

-40% des patients ont subi une répercussion directe au travail : En effet, 15% pensent que la douleur influe sur la perte de leur emploi, 13% pensent qu'elle est à l'origine d'un changement de responsabilité professionnelle et 12% d'un changement complet d'activité. (6)

1.3.2 Impact sur le plan collectif :

La douleur chronique représente également un coût économique important pour la société :

Selon l'étude ECONEP : (7)

- Le patient douloureux chronique a recours chaque année à environ 10 consultations chez le médecin généraliste et 4 consultations chez le spécialiste. 45% d'entre eux, sont concernés par des arrêts de travail dont la durée cumulée moyenne dépasse 4

mois par an. Les arrêts de travail sont 5 fois plus fréquents que dans la population générale.

-D'autre part, le coût moyen annuel par patient de prise en charge de la douleur correspond à un budget de 7000 euros pour les hospitalisations, 580 euros pour les traitements médicamenteux, 5180 euros pour les traitements non médicamenteux, et 950 euros pour les examens complémentaires.

La douleur chronique engendre un nombre important de soins, d'absentéisme et d'arrêts de travail aboutissant à l'invalidité, avec une répercussion majeure sur le plan médico-socio-économique, elle reste donc une priorité de santé publique.

Les pouvoirs publics se penchent sur ce problème de santé publique, et ce depuis 1998 :

- Avec la mise en place d'un premier plan d'action contre la douleur dont les objectifs étaient de mettre en place des structures pluridisciplinaires pour évaluer, traiter la douleur et former les professionnels de santé à la prise en charge de ces patients douloureux chroniques.

-Mise en place d'un deuxième plan d'action contre la douleur, 2002-2005, avec la création du CNRD en 2003 (Centre National de Ressource et de lutte contre la Douleur). (8)

-Un troisième plan d'action (2006-2010) de prise en charge de la douleur, dont un des objectifs était une meilleure utilisation des traitements et structuration des filières de soins. Actuellement, on dénombre 252 structures hospitalières de prise en charge de la douleur. Chaque année ces structures spécialisées prennent en charge 300000 patients, pour une durée minimum de soins de 2 ans. Ce qui reste un nombre insuffisant par rapport à l'ensemble des patients atteints de douleurs chroniques. (9)

-La prise en charge de la douleur a été inscrite dans la loi du 4 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle a été consacrée comme priorité dans la loi du 13 Aout 2004. Cette priorisation est d'autant plus nécessaire, face au vieillissement de la population et de la plus grande exposition de celle-ci à tout type de douleur, ainsi qu'à la difficulté, malgré trois plans d'action douleur, de prendre en charge efficacement les douleurs chroniques. (10)

-C'est pourquoi le Haut Conseil de la Santé Publique a proposé un programme national douleur 2013-2017. Ce programme a été élaboré pour répondre aux enjeux de la stratégie nationale de santé, relatif au système de santé autour du patient, il accorde une place primordiale au parcours de soins, en mobilisant tous les partenaires impliqués (personnels de santé, patients, structures douleurs chroniques, et ARS). (11)

2. RAPPELS PHYSIOPATHOLOGIQUES DE LA DOULEUR

2.1 Les voies de la Douleur :

Il existe deux grandes voies de transmissions des informations somesthésiques :

2.1.1. *Le système lemniscal :*

Il correspond aux sensibilités épicrotiques et proprioceptives, dont la transmission se fait depuis les récepteurs cutanés via les fibres myélinisées sensibles Alfa et Béta, de gros calibres vers les racines postérieures puis les cordons postérieurs de la moelle.

2.1.2. *Le système extralemniscal :*

Il correspond aux sensibilités protopatiques, nociceptives et thermiques, dont la transmission est assurée par des fibres myélinisées Alfa et gamma de petits calibres et les fibres C, amyéliniques.

Ces deux types de fibres expliquent la sensation de « double douleur » :

- La première ressentie comme une pique, apparait rapidement (fibres A et Gamma)
- La seconde, plus tardive évocatrice d'une brûlure (fibres C).

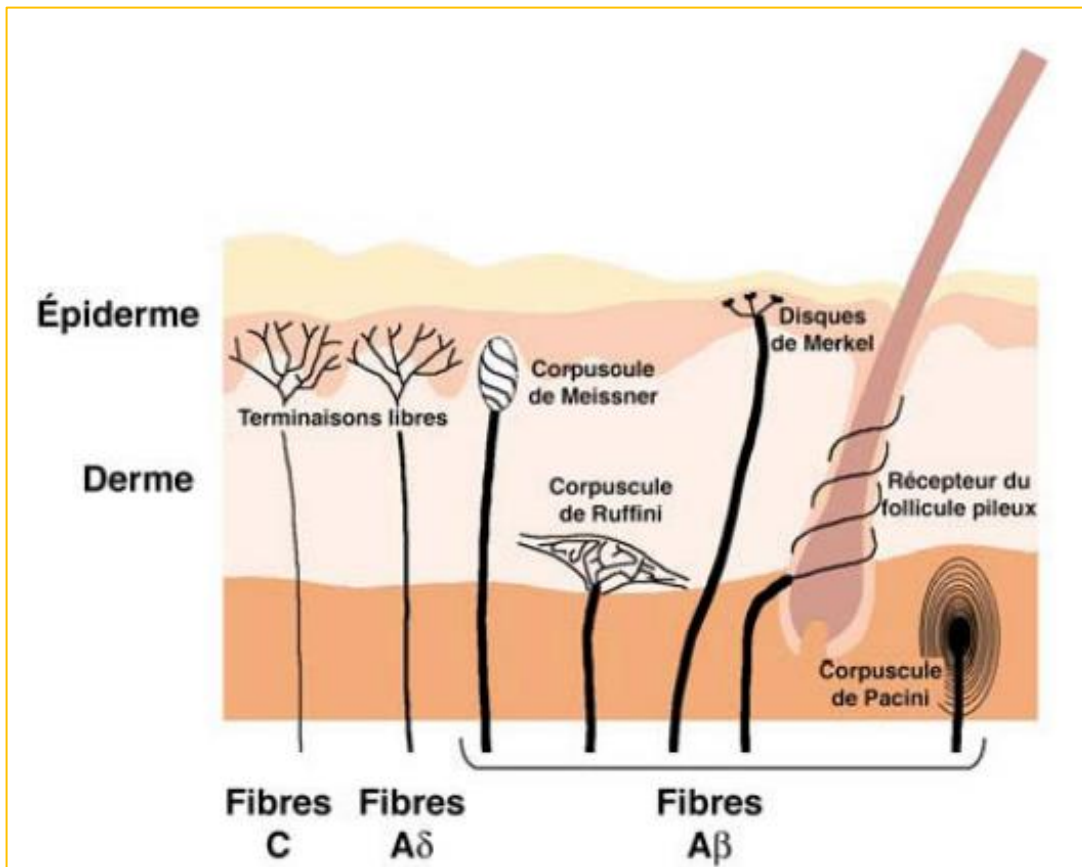


Figure 1 : Les principaux récepteurs cutanés

- Les fibres Alpha et Gamma, font relais au niveau de la corne postérieure de la moelle et donnent naissance aux faisceaux néo-spinothalamique et paléo-spinothalamique, qui décussent et remontent dans le cordon antérolatéral de la moelle.

La projection sur ces neurones via les afférences nociceptives viscérales et cutanées explique les douleurs projetées.

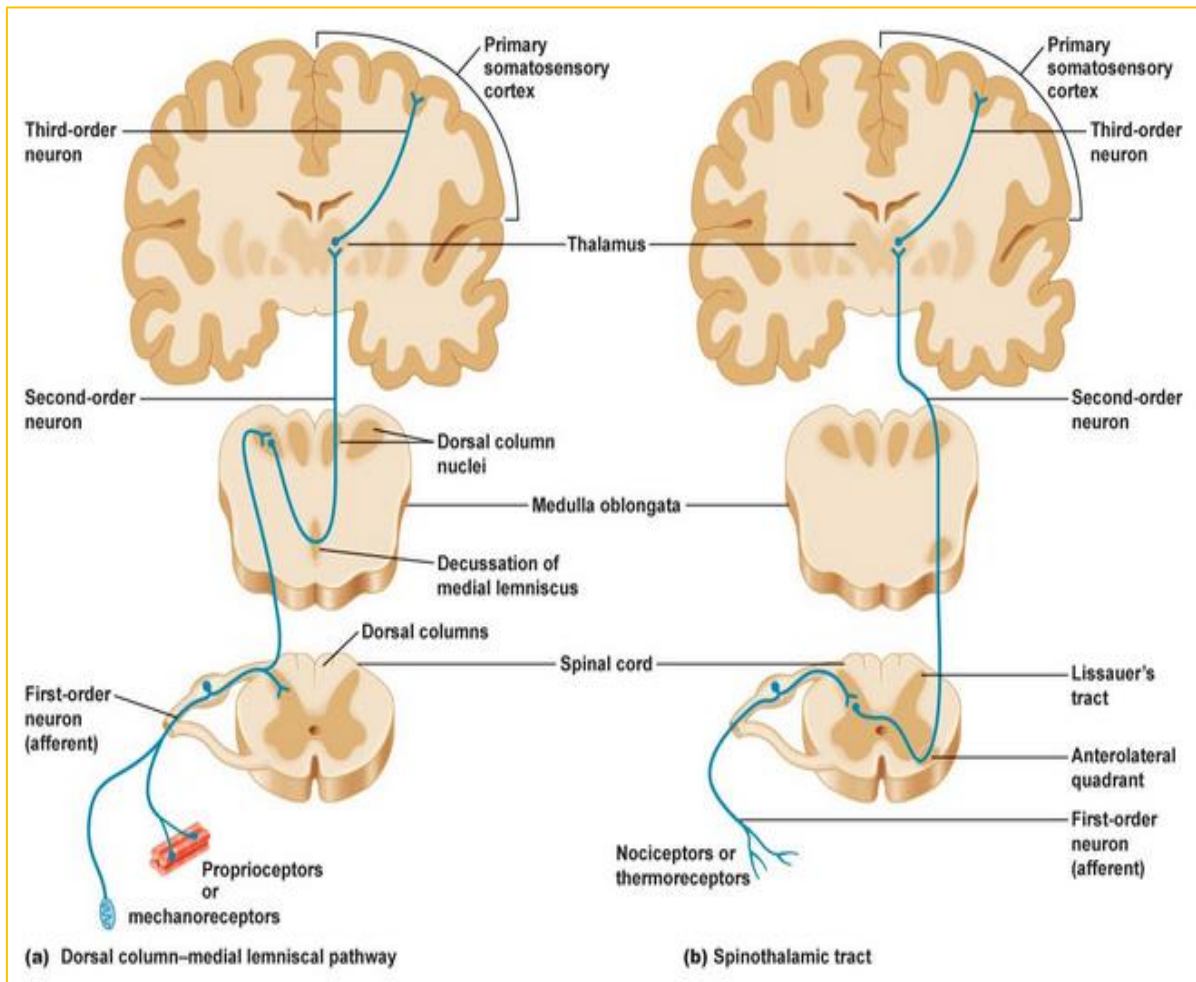


Figure 2 : Les voies lemniscales (a) et extra-lemniscales (b)

- Le faisceau néo-spinothalamique (fibres A et G) rejoint le noyau ventro-postéro-latéral du thalamus puis le cortex somatosensoriel.
- Le faisceau paléo-spinothalamique (fibres C), se projette dans le thalamus médian, avec un relais vers le cortex frontal et les structures limbiques. (12)

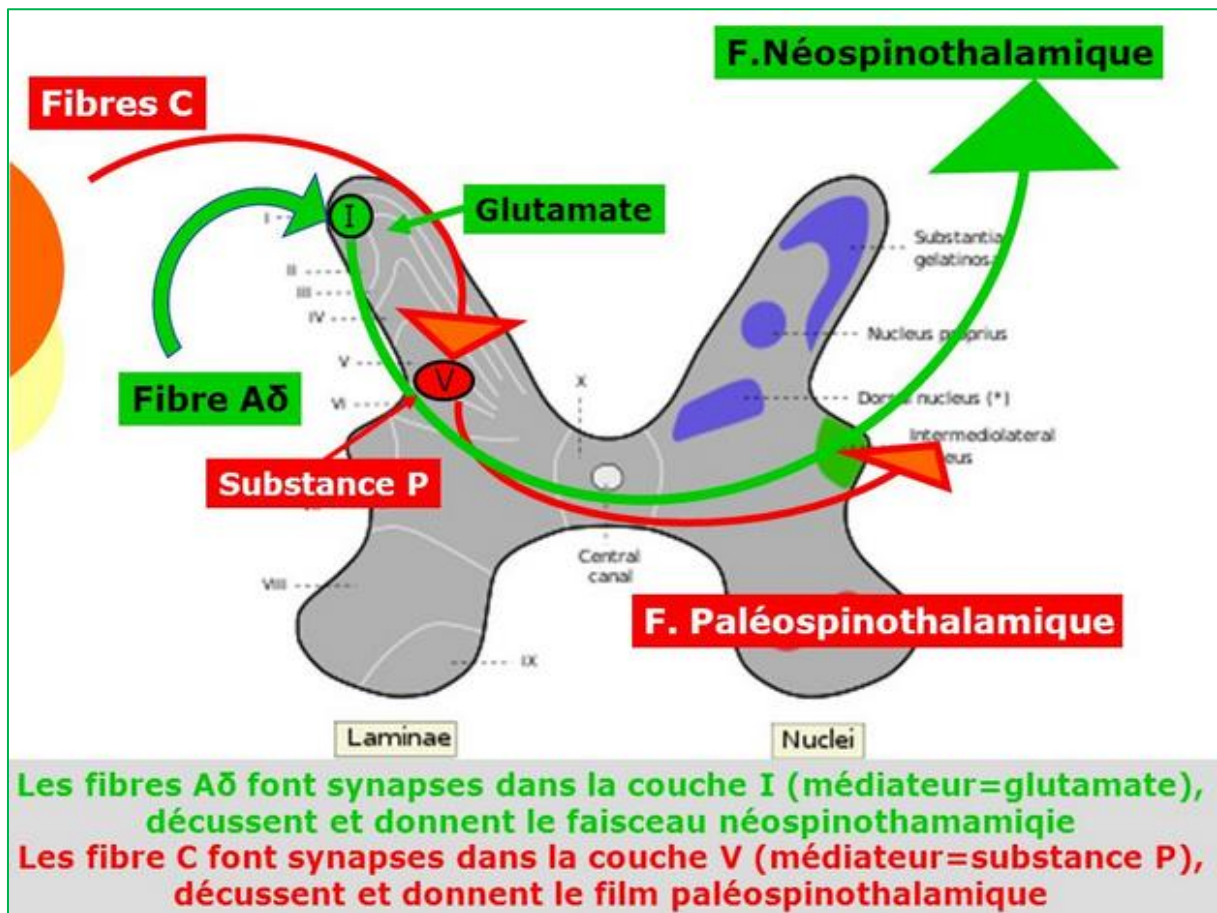
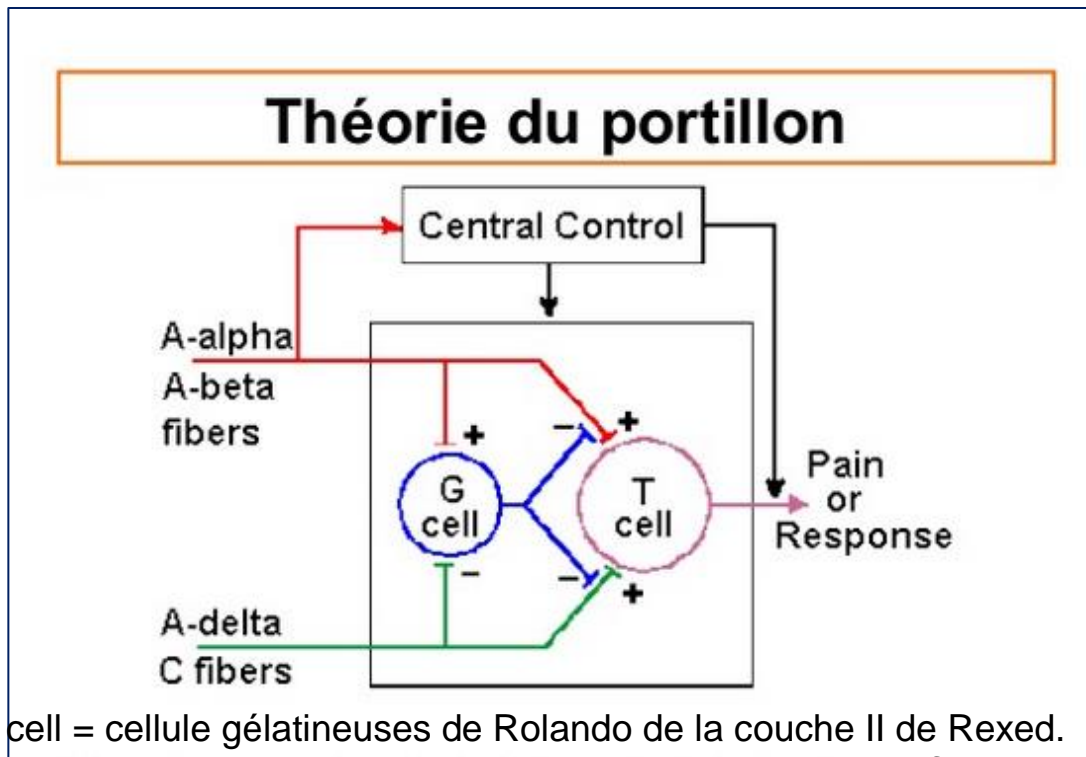


Figure 3 : Faisceaux néospinothalamique et paléospinothalamique

2.2. Mécanismes de contrôle de la douleur :

2.2.1 Le contrôle ascendant de la douleur : la théorie du « gate control »

Le faisceau spino-thalamique est inhibé par les fibres de gros calibres, via des interneurons, ce qui ferme ainsi la porte à la transmission de la douleur. Cette modulation se fait au niveau de la substance grise gélatineuse des cornes postérieures de la moelle. La stimulation des fibres Alpha Béta (afférences non douloureuses et du toucher) inhibe, via l'interneurone inhibiteur, l'activité des fibres A Delta et C (afférences douloureuses). Cette théorie est utile pour comprendre le mécanisme antalgique de la neurostimulation transcutanée. (13)



G cell = cellule gélatineuses de Rolando de la couche II de Rexed.
 T cell = neurone secondaire de la couche V à l'origine du faisceau néospinothalamique.

Figure 4 : La théorie du « Gate control », proposée par Melzack et Wall

Les interneurones de la cellule gélatineuse inhibent les signaux vers les cellules responsables de la transmission de la douleur T. Ces cellules inhibitrices sont recrutées par la stimulation des fibres Alpha et Bêta et inhibées par le recrutement des fibres nociceptives A Delta et C.

2.2.2 Le contrôle inhibiteur descendant :

Il s'exerce principalement à partir de deux structures à l'origine de voies descendantes dans la moelle épinière ; l'une mésencéphalique : SGPA (substance grise périaqueducale), et l'autre bulbaire : RBRV (région bulbaire rostro-ventrale) associant le noyau du raphé magnus (NRM) et les noyaux para gigantocellulaire et gigantocellulaire. La stimulation des neurones de ces structures est à l'origine d'effets analgésiques résultant de la mise en jeu des voies descendantes sérotoninergiques exerçant un contrôle inhibiteur sur les neurones nociceptifs non spécifiques médullaires, bloquant ainsi la transmission des messages nociceptifs.

Les axones des neurones sérotoninergiques de la RBRV, se projettent aux différents segments spinaux, directement dans la corne postérieure de la moelle.

Du fait que la formation réticulée bulbaire et la SGPA envoient des projections sur les neurones de la RBRV, la SGPA et le NRM ont été impliqués dans une boucle de rétroaction négative spino-bulbo-spinale sous-tendant un système analgésique endogène mis en jeu par des stimulations nociceptives.

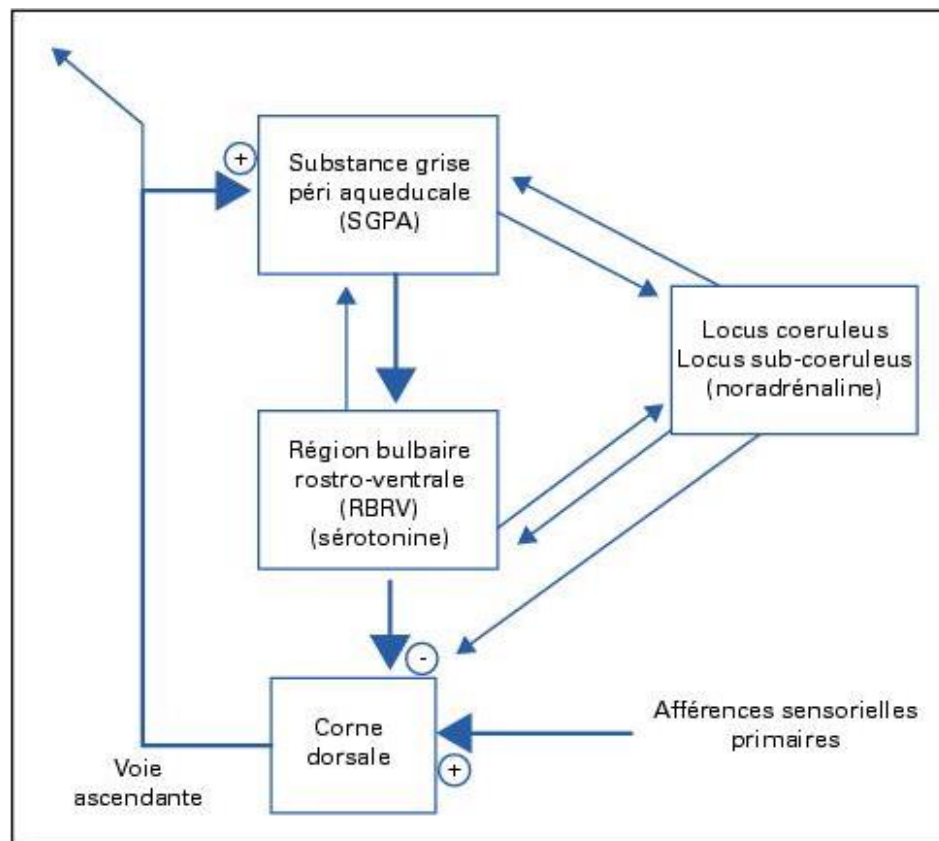


Figure 5 : Boucle de rétroaction négative spino-bulbo-spinale, proposé par Basbaum et Fields

2.2.3 Le contrôle inhibiteur diffus induit par la nociception :

Le déclenchement d'une douleur active les faisceaux du contrôle inhibiteur descendant (via la substance grise péri-acqueducal, le noyau raphé magnus, et les cornes postérieures de la moelle), ce qui va déclencher les Contrôles Inhibiteurs Diffus Nociceptifs (CNID) par l'intermédiaire des neurotransmetteurs. Ces derniers vont inhiber les neurones nociceptifs au niveau de la corne dorsale de la moelle. Ce mécanisme permet de concentrer l'attention sur la nouvelle zone douloureuse, et peut être détourné pour inhiber une douleur sourde et diffuse grâce à une stimulation nociceptive précise et plus supportable. (13)

Étages et Segments

- 1 Fibres C et A δ de douleur: faisceaux spino- réticulo-thalamiques ascendants
- 2 3 Faisceaux de rétroaction vers Contrôle inhibiteur diffus de nociception descendants
- 4 Substance grise péri-aqueducale: Nos Endomorphines
- 5 Locus coeruleus et Noyau du raphé magnus: notre Sérotonine et Nor-adrénaline
- 6 Projections sur des Inter-neurones enképhalinergiques de la corne postérieure qui bloquent le neurone de transmission au Portillon
- 7 Fibres A β qui sont des fibres de sensibilité non douloureuses et qui montent directement à la protubérance pour ensuite décussar (lemniscus médian) vers le thalamus
- 8 Des collatérales de 7 qui reviennent au Portillon pour bloquer le Neurone de transmission

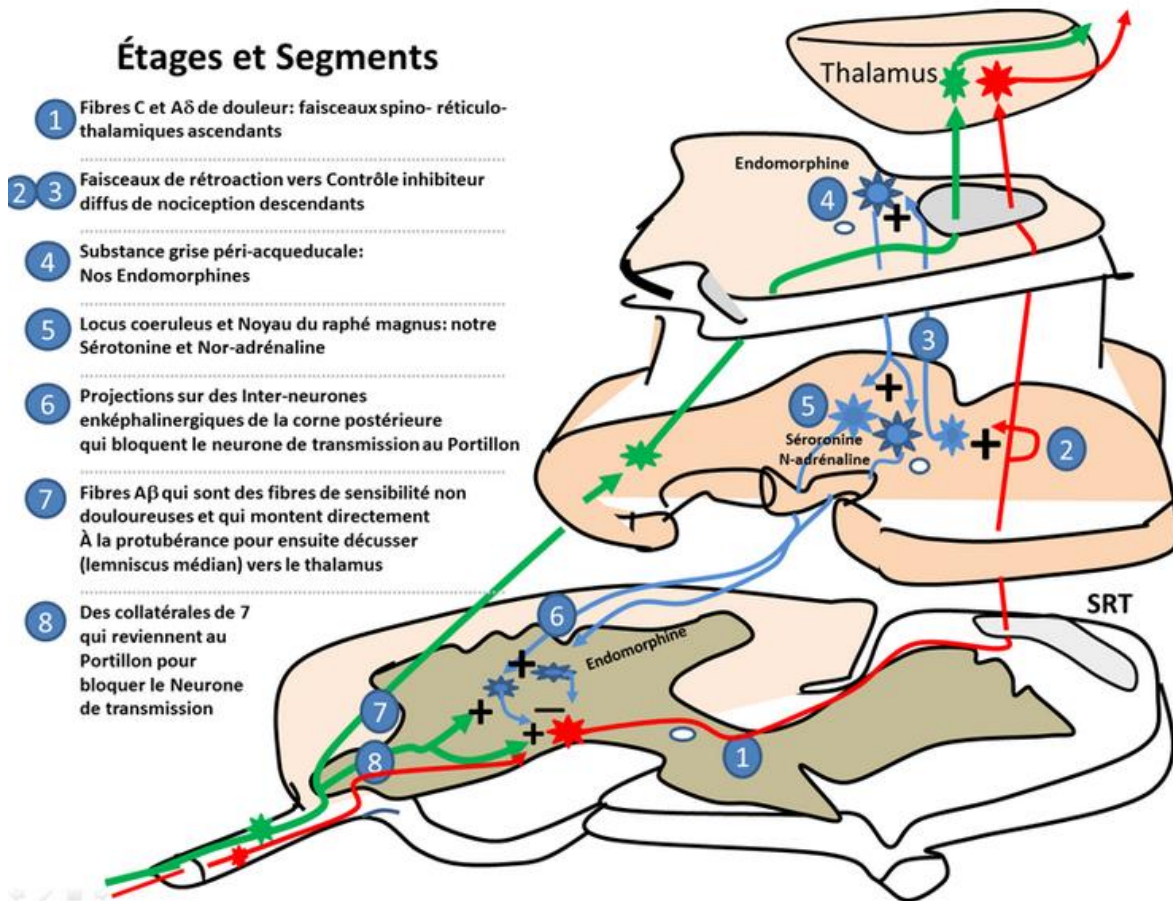


Figure 6 : Les voies descendantes de la douleur CIDN.

-Chemin direct et linéaire entre un tissu périphérique lésé et le cerveau.

-Le signal douloureux va se projeter sur des noyaux cellulaires spécifiques du tronc cérébral qui élaboreront des neurotransmetteurs qui se projetteront via les voies descendantes du CIDN, pour revenir au portillon et bloquer le stimulus de la douleur (rétroaction).

-On associe au CIDN le système des grosses fibres myélinisées (Alpha Béta) qui joue son rôle anti douleur dans la corne postérieure de la moelle.

2.3 Les médiateurs chimiques de la nociception

2.3.1 Au niveau périphérique :

-Les lésions tissulaires entraînent la libération de substances (leucotriènes, bradykinines, prostaglandines...) qui vont sensibiliser les nocicepteurs, ces derniers libèrent des neuromédiateurs (sérotonine, histamine..), responsables de l'inflammation neurogène, (hyperalgésie primaire).

-Les AINS et les corticoïdes agissent sur les prostaglandines en inhibant l'action de la COX. La lésion tissulaire entraîne la sécrétion de substances antalgiques comme les peptides opioïdes, dont l'action est périphérique.

2.3.2 Au niveau de la corne dorsale de la moelle :

Les neurotransmetteurs (glutamate, substance P, VIP...) intervenant entre les afférences nociceptives et les neurones spinaux, sont responsables de l'influx mais aussi de la sensibilisation centrale expliquant l'hyperalgésie secondaire.

Simultanément des phénomènes de modulation du message nociceptif interviennent au niveau médullaire, par l'intermédiaire d'acides aminés inhibiteurs (GABA..) et des substances opioïdes endogènes.

2.3.3 Au niveau supraspinal :

Les mécanismes de la douleur étant plus complexes, notons qu'il existe de nombreux récepteurs opioïdes. (14)

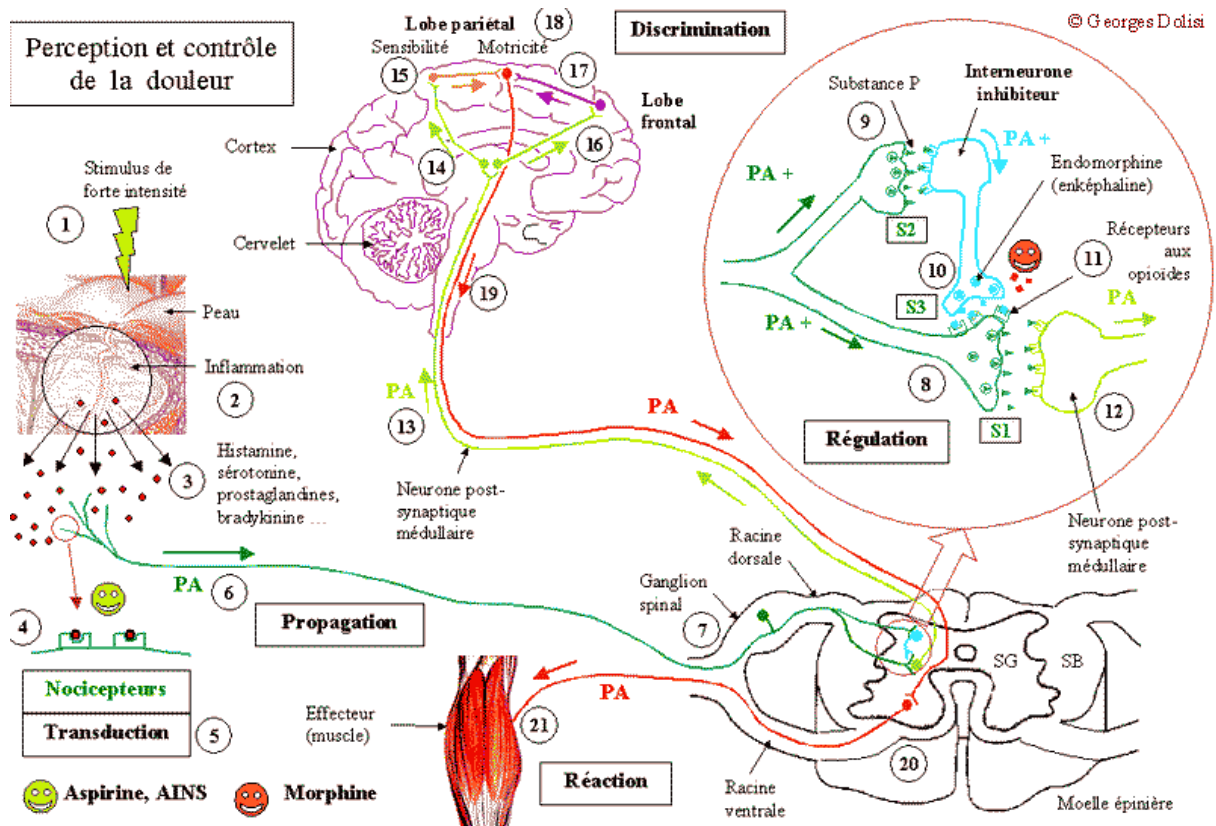


Figure 7 : Perception et contrôle de la douleur et les médiateurs chimiques de la nociception

3. CLASSIFICATION DE LA DOULEUR

3.1 Douleur par excès de Nociception :

La douleur est provoquée par une stimulation excessive des récepteurs nociceptifs périphériques lors d'une lésion tissulaire, d'une inflammation, ou d'une stimulation mécanique, chimique ou thermique. Elles ont une topographie non systématisée, correspondant au territoire où se produit la stimulation.

3.2 Douleurs Neuropathiques :

Elles sont toujours associées à une lésion du système nerveux périphérique ou central, elles sont systématisées, et caractérisées par des douleurs continues évocatrices de brûlures, de torsions, décharges électriques. Avec la présence fréquente d'allodynie, paresthésies, ou dysesthésies. Un déficit dans le territoire de la douleur sera retrouvé à l'examen neurologique.

3.3 Les douleurs mixtes :

Elles sont fréquentes et associent la douleur par excès de nociception et la douleur neuropathique.

3.4 Le syndrome douloureux régional complexe :

Le SDRC se développe souvent après une atteinte de l'appareil locomoteur (fracture, entorse, luxation, microtraumatismes répétés..). Les critères diagnostiques sont les suivants :

- l'existence d'un évènement nociceptif initiateur ou une immobilisation.
- Une douleur continue, une allodynie, une hyperalgésie.
- L'apparition d'un œdème, d'une atteinte vasculaire cutanée ou d'une anomalie de l'activité sudomotrice de la zone douloureuse.

Il résulte d'un dysfonctionnement du système sympathique, et concerne les algodystrophies et causalgies.

3.5 Les douleurs psychogènes :

C'est un diagnostic positif, et non d'élimination. Dans la majorité des cas, ce sont des patients qui présentent une majoration fonctionnelle importante, causée par des facteurs psychologiques, émotionnels ou comportementaux. La douleur est déclenchée par un évènement psychologiquement douloureux et entraîne des modifications structurelles du système nerveux central.

3.6 Les douleurs dites idiopathiques :

Absence d'explications physio ou psychopathologiques retrouvées.(13) (15) (16)

4. LES TROIS COMPOSANTES DE LA DOULEUR SELON MELZACK.

4.1 Une composante sensori-discriminative :

Permet l'analyse, la durée, l'intensité et la localisation du message douloureux, en mettant en jeu les voies sensibles.

4.2 Une composante affectivo-émotionnelle et comportementale :

Confère un caractère désagréable voire insupportable. Elle permet la mise en place de motifs comportementaux tels que la réaction attentive, l'anticipation, la fuite, par la diffusion de l'information aux régions corticales profondes et limbiques qui peuvent évoluer vers l'anxiété ou la dépression.

4.3 Une composante cognitive :

Regroupe l'ensemble des facteurs qui vont permettre de moduler la perception douloureuse. (12)

5. INTERROGATOIRE ET EXAMEN CLINIQUE D'UN PATIENT DOULOUREUX :

Il est nécessaire, dans un premier temps de laisser le patient s'exprimer, être attentif à des éléments de communication non verbale, et également à l'écoute de l'entourage. Le recueil des informations débute par l'Histoire de la Douleur du patient, en faisant préciser :

- Les antécédents médicaux.
- Les circonstances de déclenchement de la douleur.
- Les modalités de la prise en charge initiale.
- La description (topographie, type) de la douleur initiale.
- Le contexte personnel, familial et professionnel du début de la douleur.

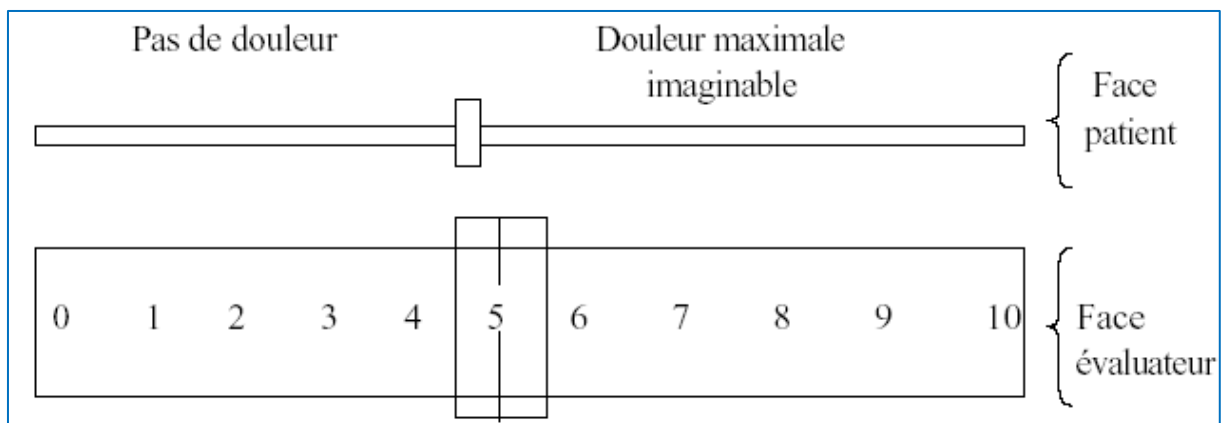
- La description de la douleur actuelle.
- Le retentissement sur la qualité de vie.
- La situation actuelle du patient sur le plan familial, professionnel et socio-économique.
- L'existence de procédures judiciaires, sociales ou administratives en cours.

Enfin, Il est nécessaire de faire préciser le contexte psychologique, afin de dépister un trouble de l'humeur ou de la personnalité.

Pour mesurer l'intensité de la douleur ou l'efficacité de la prise en charge, il existe des échelles d'autoévaluation :

•Unidimensionnelles

- L'échelle visuelle analogique (EVA)



- L'échelle numérique (EN)

Sur une échelle de 0 à 10, pouvez vous indiquer:

- le niveau de la douleur au moment présent

Pas de Douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur Maximale

- L'échelle verbale simple (EVS)

**ÉCHELLE VERBALE SIMPLE
EN 5 POINTS**

Quel est le niveau de votre douleur à l'instant présent?

0 Pas de douleur

1 Faible

2 Modérée

3 Intense

4 Extrêmement intense

•Multidimensionnelles.

Elles prennent en compte le retentissement de la vie quotidienne.

- Le DN4, recherche les douleurs neuropathiques
- le QDSA (questionnaire douleur saint Antoine)
- Le schéma corporel des zones douloureuses.

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.
Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.
Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



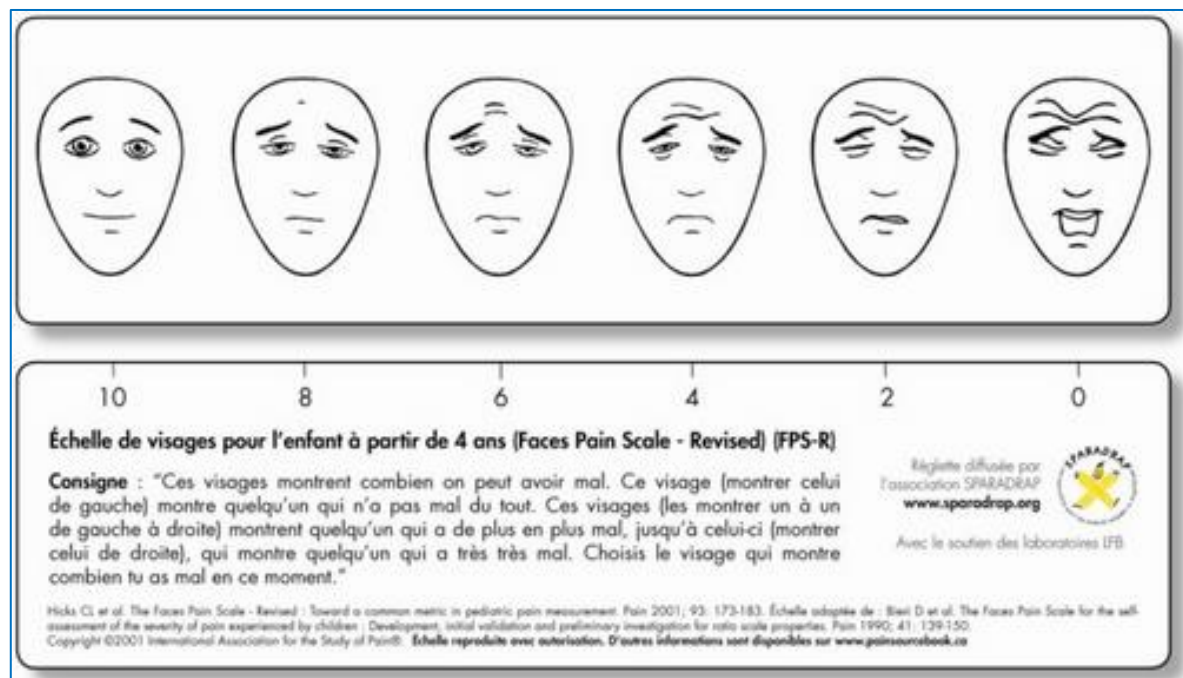
- Et des échelles comportementales, lorsque l'expression verbale est impossible ou altérée.

Quelques exemples :

-L'échelle ALGOPLUS, utilisée chez la personne âgée

Un score ≥ 2 doit faire instaurer une prise en charge thérapeutique antalgique.

-L'échelle des visages, utilisée chez les enfants de plus de 4 ans. (16) (17)



L'échelle comporte **5 domaines** d'observation :

1. Visage :	Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.	OUI NON
2. Regard :	regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.	OUI NON
3. Plaintes :	« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.	OUI NON
4. Corps :	retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.	OUI NON
5. Comportements :	agitation ou agressivité, agrippement.	OUI NON

Total de OUI sur 5

II. L'HYPNOSE MEDICALE

1. HISTORIQUE DE L'HYPNOSE.

1.1 Une pratique antique

L'hypnose, une pratique connue depuis l'antiquité.

-Premières traces : Il y a plus de 6000 ans, en Mésopotamie, les sumériens pratiquaient déjà l'accompagnement en paroles. Un manuscrit cunéiforme décrit des guérisons obtenues grâce aux Etats Modifiés de Conscience, les trois états de transe hypnotique (re)découvert par Charcot au 19ème y sont même déjà expliqués.

-Il y a 3000 ans en Egypte, la pratique était courante ; la description d'une séance d'hypnose a été retrouvée sur une stèle découverte en 1972. Un manuscrit Egyptien datant du 3ème siècle, relate l'existence des « temples du sommeil », ou les prêtres parlaient à l'oreille de leurs patients assoupis, leur offrant de douces paroles guérissantes ». (17)

1.2 Le magnétisme animal

En tant que thérapie en Europe, l'histoire « médicale » de l'hypnose, commence avec :

1.2.1 Franz Anton MESMER (1734-1815).

Ce médecin Allemand s'est intéressé à la théorie du « magnétisme animal », un fluide magnétique invisible qui traverserait le corps et qu'un déséquilibre de ce dernier serait responsable de la maladie. Les séances collectives qu'il organisait autour du « baquet », dans son hôtel particulier place Vendôme, demeurent historiquement les premières tentatives médicales de thérapies de groupe.

Il fut, en France, le premier à utiliser et à affirmer, le rôle thérapeutique du contexte relationnel, de la parole et de la suggestion.

Il devient le premier « psychothérapeute des temps modernes ».



Figure 8 : Gravure représentant un baquet lors de séances d'hypnose.

1.2.2 Armand Marie Jacques de Chastenet DE PUYSEGUR (1751-1825)

Elève de Mesmer, décrit le somnambulisme provoqué. Il prône la volonté du magnétiseur dans la guérison de la maladie. (17)

1.3 L'avènement de l'hypnotisme arrive avec :

1.3.1 José Custodio de FARIA(1755-1819)

Prêtre portugais, il réfute les théories jusque-là énoncées. Il met en avant l'importance de la suggestibilité psychique et le rôle de l'imagination pour expliquer les phénomènes observés. C'est également durant cette période, que les inductions hypnotiques entrèrent dans la pratique de certains chirurgiens : *Cloquet* réalisera en 1829, la première mastectomie « totalement indolore ».

La première méthode de psychopathologie expérimentale est due à :

1.3.2 James BRAID (1795-1860)

Médecin généraliste et chirurgien à Manchester. Il s'est intéressé aux théories de Mesmer mais s'est rendu compte que les phénomènes observés étaient dus aux suggestions et à la concentration de l'esprit et non pas aux fluides magnétiques. La présentation ensommeillée des sujets lui fera suggérer le terme de « NEURHYPNOSE ».

1.3.3. Jean Martin CHARCOT (1825-1893)

Neurologue clinicien (école de la Salpêtrière), a utilisé l'hypnose comme outil expérimental, et la définit comme pathologique, névrose hystérique artificielle. « *L'hystérie est la cause directe du phénomène hypnotique* ». (18) (19)



Figure 9 : Une leçon clinique à la Salpêtrière, (tableau de André BROUILLET, 1887). Représentation du neurologue Charcot, examinant une patiente : Blanche WITTMAN.

1.4 Sur la voie de la découverte de la neurophysiologie de l'inconscient, dissociation et suggestion, avec :

1.4.1 Pierre JANET (1859-1947)

Professeur de philosophie, crée le concept d'inconscient et de dissociation fonctionnelle des activités mentales, conscientes et inconscientes.

1.4.2 Sigmund FREUD (1856-1939)

Il poursuit le développement du concept d'inconscient et crée celui de transfert, à partir de ses expériences cliniques en Hypnose. Il met en place une technique thérapeutique, fondée sur la réactivation d'expérience éprouvante sous hypnose : « abréaction des charges affectives ».

1.4.3 Hyppolite BERNHEIM (1840-1919)

Professeur à la faculté de Nancy, en opposition avec les idées de l'école de Paris, impute à la fonction de suggestion le rôle de l'Hypnose. « *L'hypnose n'est que suggestion* ». « *L'hypnose est due à une concentration de l'attention du sujet sur l'idée de s'endormir que lui suggère l'hypnotiseur* ». (20) (21)

1.5 L'hypnose contemporaine en France

Le 20ème siècle est marqué par une période de désintérêt et de suspicion en France. Après la première mais aussi la seconde guerre mondiale, l'hypnose sera utilisée dans le traitement des « névroses de guerre » (syndromes post traumatiques, « PTSD » actuel), puis la suggestion sera banalisée au service du grand public par la méthode d'autosuggestion d'Emile Coué (1857-1926), psychologue et pharmacien, pionnier de la psychologie positive.

Ainsi dans la seconde moitié du 20ème siècle, l'hypnose, en France, désinvestie par les milieux de la recherche, passe soit par la banalisation grand public, soit dans la marginalité des pratiques individuelles, soit dans la mise en œuvre sous d'autres formes praticiennes : relaxation de *Jakobson*, Sophrologie de *Caicedo*...

Dans la seconde moitié du 20ème siècle, seuls quelques psychanalystes, psychologues et psychiatres maintiennent un lien entre hypnose et médecine conventionnelle :

1.5.1 Léon CHERTOK, (1911-1991)

Psychanalyste, crée en 1957 la Société Française de Médecine Psychosomatique.

1.5.2 Didier MICHAUX, (1944)

Psychologue, crée en 1981 l'Institut Français d'Hypnose. Il abordera la problématique de la suggestibilité en Hypnose et son évaluation par questionnaire introspectif.

1.5.3 Jean GODIN, (1931-2002),

Neuropsychiatre, fondera en 1982 l'institut Milton Erickson, et en 1992, l'Association Française de Nouvelle Hypnose (AFNH).

1.5.4 François ROUSTANG,(1923-2016),

Philosophe français et psychanalyste, aborde l'Hypnose dans ses dimensions philosophiques. Il crée la Société Française d'Hypnose et de Thérapies Brèves (CFHTB). (22) (23)

1.6 L'évolution de l'hypnose aux U.S.A

Aux U.S.A, l'évolution est différente avec un regain d'intérêt au travers de 2 approches :

1.6.1 *L'Hypnose Expérimentale* (avec Clark HULL et Ernest HILGARD).

Le psychologue *Clark HULL*, professeur et mentor de Milton ERICKSON mène de nombreuses expériences sur l'Hypnose qu'il décrit comme une partie tout à fait normale de la psyché humaine. Pour lui la transe hypnotique est un élément naturel de la conscience comme les rêves. Il prône les inductions standardisées.

1.6.2 *L'Hypnose Praticienne*,

Développée par le célèbre psychiatre américain Milton ERICKSON (1901-1980). Il est considéré comme le père de la communication moderne.

Il influença les théories de l'école de Palo Alto à Stanford University, qui lui confère le rôle fondateur de nombreuses méthodes psychothérapeutiques.

Selon lui, l'hypnothérapeute se définit comme un catalyseur de l'inconscient, conduisant celui-ci vers ses ressources intérieures, stockées dans ses aptitudes latentes, sa mémoire consciente et inconsciente.

En médecine, l'Hypnose dite Ericksonienne est la plus utilisée.

(21) (24)

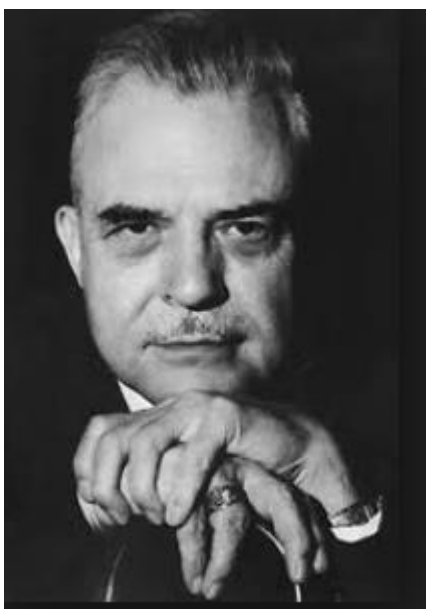


Figure 10. Milton Erickson (1901-1980)

L'absence de reconnaissance médicale par ses pairs, surtout l'exclusion du thème de l'hypnose de l'enseignement universitaire et l'absence de revue avec comité de lecture répondant à de réels critères de recherche clinique ou scientifique firent que l'hypnose survivra en marge et gardera la charge de suspicion qui continue de l'accompagner.

La notion de perte du contrôle volontaire, pour inexacte qu'elle soit, a entretenu cette méfiance tant dans le grand public, que parmi les médecins, sans parler de l'impact négatif des pratiques caricaturales de l'hypnose de rue, du music-hall, et du cinéma.

2. DEFINITION

L'hypnose est un état naturel que chaque personne peut expérimenter dans la vie courante, caractérisé par un passage d'un état de conscience ordinaire à un état de conscience modifié, différent de la veille et du sommeil, caractérisé par une dissociation psychique et une activation corticale.

Les exemples de cette « transe spontanée » sont multiples, comme l'absorption lors de la lecture d'un livre ou le visionnage de film, ou la conduite automatique...

2.1 Les Etats de conscience Naturels :

SOMMEIL	<i>1-Profond</i> <i>2-Paradoxal</i> <i>->Rêves</i>
VEILLE	<i>3-Ordinaire</i> <i>4-Paradoxale</i> <i>->Rêverie</i> <i>->Concentration</i> <i>->Transe</i> <i>->Etat</i> <i>hypnotique</i>

Tableau n°1 : Les états de conscience naturels

L'Hypnose médicale vient du grec « HYPNOUN », qui signifie s'endormir.

C'est un état modifié de conscience qui pourrait correspondre à un état de veille paradoxale.

Les définitions sont multiples, et le terme d'hypnose est parfois vague et difficile à caractériser.



Le dictionnaire Larousse 2017 propose comme définition:

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

L'A.P.A, (Américan Psychological Association), propose une définition récente de 2015 de l'hypnose, la caractérisant *« Comme un état de fonctionnement psychologique qui induit une absorption de l'attention et une diminution de la conscience ; caractérisée par une plus grande capacité à répondre aux suggestions ».*

Elle repose donc sur 3 fonctions cérébrales : l'Attention, la Dissociation et la Suggestibilité. (25)

Selon ERICKSON, *« c'est un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au conscient et qui est un état de conscience dans lequel la communication avec le sujet lui permet d'utiliser et de comprendre des idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissage ».*

D'après Jean GODIN, *« 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 d'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient ».* (26)

2.2 L'Hypnose regroupe un ensemble de pratiques différentes :

2.2.1 L'Hypnoalgésie :

C'est l'utilisation de l'hypnose formelle et informelle dans la prise en charge des douleurs aiguës et chroniques. Elle s'utilise seule ou en association à un anesthésique local, à des antalgiques ou à des anxiolytiques, ou à du protoxyde d'azote.

2.2.2 L'Hypnosédation :

Développée par le docteur Faymonville (1990), l'hypnosédation est un état de transe hypnotique, d'absorption de la conscience, qui consiste à substituer une partie des médicaments de l'anesthésie générale par l'hypnose.

Le but est d'allier l'hypnose à des produits anesthésiques ou antalgiques. Une dose minimale de sédation intra veineuse et une anesthésie locale sont pratiquées, ce qui permet de préserver un niveau de conscience. La perception de la douleur est donc modifiée et est simplement perçue comme un inconfort.

Le patient est contrôlé par ses perceptions, sa vigilance, ses émotions, et non pas par des processus médicaux. Le patient est donc acteur de sa guérison.

2.2.3 L'Hypnothérapie :

C'est une méthode thérapeutique qui fait appel à des moyens de l'inconscient afin de traiter les troubles psychiques ou somatiques. Il s'agit d'un travail sur les Etats de Conscience Modifiés, permettant de mobiliser les souvenirs enfouis et les ressources profondes de l'inconscient. (27)

2.3 Il existe deux modes d'utilisation de l'hypnose médicale :

2.3.1 Direct ou formel :

Défini par la séance d'hypnose. Elle succède à une information donnée au patient sur son procédé et son objectif et se réalise suivant un protocole usuel (Induction, Dissociation, Travail thérapeutique, Réassociation).

2.3.2 Indirect ou Informel :

Défini par l'hypnose conversationnelle.

Elle consiste à se servir de principes de communication utilisés en hypnose (suggestions directes, images métaphoriques..) sans qu'il n'y ait eu au préalable de

phase formelle pendant laquelle l'état hypnotique aurait été induit. Cette forme d'hypnose peut prendre place dans tout entretien avec un patient. L'utilisation de ces principes va faire progressivement entrer le patient dans « une transe légère ». Si l'état hypnotique n'est pas formellement induit, il va être suscité au cours de la conversation par l'utilisation des procédés communicationnels. (28)

2.4 Les Etats de Conscience et l'Attention :

2.4.1 *La conscience critique : (Etat d'éveil, veille ordinaire)*

L'attention est mobile, partielle, discontinue. C'est le mode de fonctionnement analytique, critique, mental.

2.4.2 *La Conscience Hypnotique : (Etat de transe, veille paradoxale, notion de perceptude)*

L'attention se fixe sur un élément, devient continue et globale. C'est le mode de fonctionnement intuitif, créatif, corporel et sensoriel.

2.4.3 *La transe spontanée négative*

(Activation orthosympathique)

2.4.4 *La transe spontanée positive*

(Activation parasympathique). (24) (28)

3. DEROULEMENT D'UNE SEANCE

L'Alliance thérapeutique est le maître mot de la relation entre le thérapeute et le patient, il s'agit d'une véritable INTER-RELATION.

Créer l'alliance thérapeutique passe par l'instauration d'un climat de confiance, le respect de l'intimité et de la proxémie du patient, donc l'adaptation du thérapeute pour favoriser le changement. (28)

Cette synchronisation, harmonisation se réalise au travers de l'utilisation appropriée d'un langage verbal, para-verbal et non verbal. (29)

Lors du premier entretien, il est nécessaire de recueillir des éléments importants concernant le patient, qui guideront le thérapeute tout au long de la prise en charge, à savoir :

- l'anamnèse,
- les antécédents,
- l'histoire de la maladie,
- la situation personnelle et familiale, mais aussi -les ressources, attentes et objectifs.

La séance d'hypnose est généralement composée de quatre phases : l'Induction, l'Approfondissement, la Phase de travail thérapeutique, et la Réassociation. Elle dure en moyenne entre 45 minutes et 1 heure : (30) (31)

3.1 Phase 1 : L'INDUCTION

L'induction consiste à réduire le nombre de facteurs qui captent l'attention du patient, à fixer son attention sur un objet, une perception ou une image proposée par l'hypnothérapeute. La focalisation de l'attention du patient et des sensations corporelles vont de l'extérieur vers l'intérieur.

L'Induction comprend 3 étapes successives :

3.1.1 L'Absorption :

L'Objectif est d'abaisser le seuil du contrôle exécutif volontaire, pour permettre le travail thérapeutique. Cette étape correspond à une fixation de l'attention, en utilisant le canal sensoriel préalablement choisi lors de l'anamnèse (VAKOG), responsable d'une suspension partielle de l'éveil qui entraîne un état de transe plus ou moins profond.

-La fixation de l'attention peut porter sur :

- *La focalisation sur La Respiration*

- > le thérapeute doit SYNCHRONISER sa respiration sur celle du patient.

- > le thérapeute doit parler sur le temps expiratoire du patient

- > le thérapeute doit inviter le patient à se concentrer sur sa respiration.

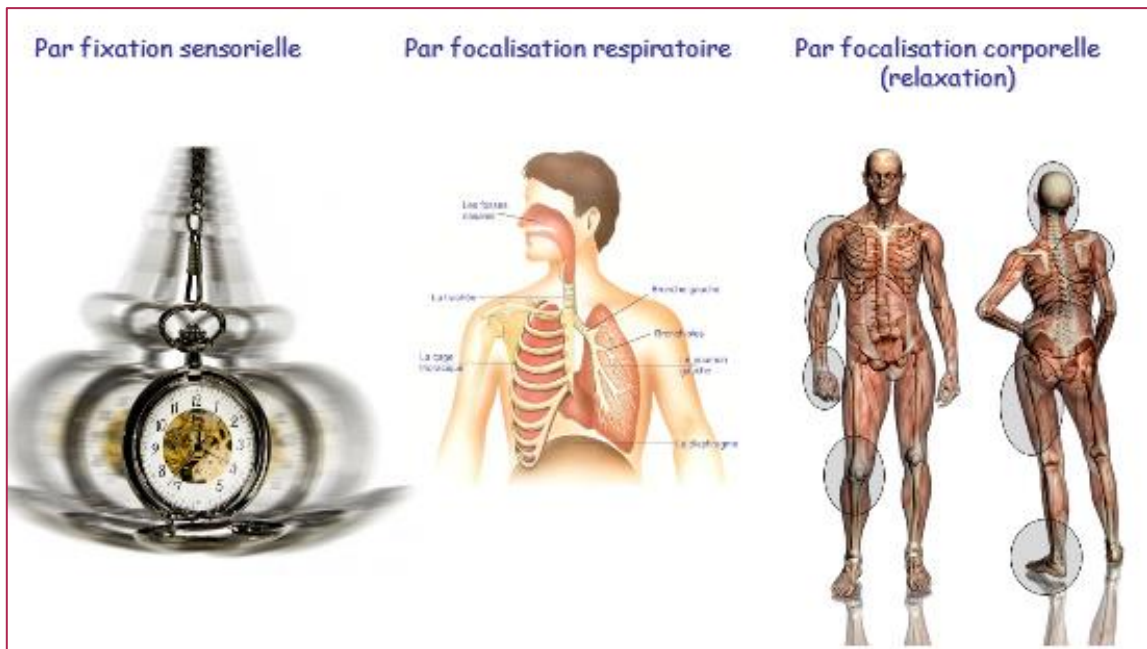
- *La focalisation Visuelle, auditive ou olfactive*

- Le VAKOG : *V*ision
*A*udition
*K*inesthésie
*O*lfaction
*G*ustation

(19)

- *La focalisation Corporelle*

->Points de contact du corps sur le fauteuil et le sol



- *La focalisation Imaginaire*



3.1.2 La Confusion

Elle a pour but de surcharger l'esprit critique qui permet un lâcher prise, de détourner l'attention consciente (porte ouverte sur l'inconscient), par le biais d'une saturation motrice, sensorielle ou cognitive. Plusieurs techniques existent telles que :

- la négation multiple,
- le paradoxe,
- l'effet de surprise,
- l'interruption de séquence sensorielle, motrice ou cognitive. (19)

Exemples de Confusion :

- « *Vous ne pouvez plus vouloir ne pas fermer vos paupières...* »
- «*.. Etre attentif à ce corps qui est à gauche de votre main droite et à droite de votre main gauche.* »
- « *Toute chose commence par le début et se fini par la fin, si la fin était au début, et le début à la fin, alors le début serait la fin, et la fin son début.* »

3.1.3 La Dissociation :

Le but étant de détacher le sujet d'un phénomène ou d'une sensation et de le poser en observateur afin de diviser l'attention. Elle provoque une rupture dans l'unité de la conscience et dans la cohésion des perceptions du sujet, qui entraîne une réorganisation de son espace psychique et perceptif.

Les différentes techniques de dissociation employées peuvent être :

- temporelle (passé, futur),
- spatiale (ici, ailleurs),
- conceptuelle (conscient, inconscient),
- cognitive (volontaire, automatique..),
- corporelle. (19)

Exemples de dissociation :

-« Imaginez- vous, vous regardant d'un autre endroit de la pièce.
Peut-être prenez-vous la place d'une caméra de surveillance imaginaire
par exemple ? »

-« Peut-être que, en ce moment, une partie de vous observe tout ce qui
se passe, pendant que l'autre partie accompagne l'expérience »

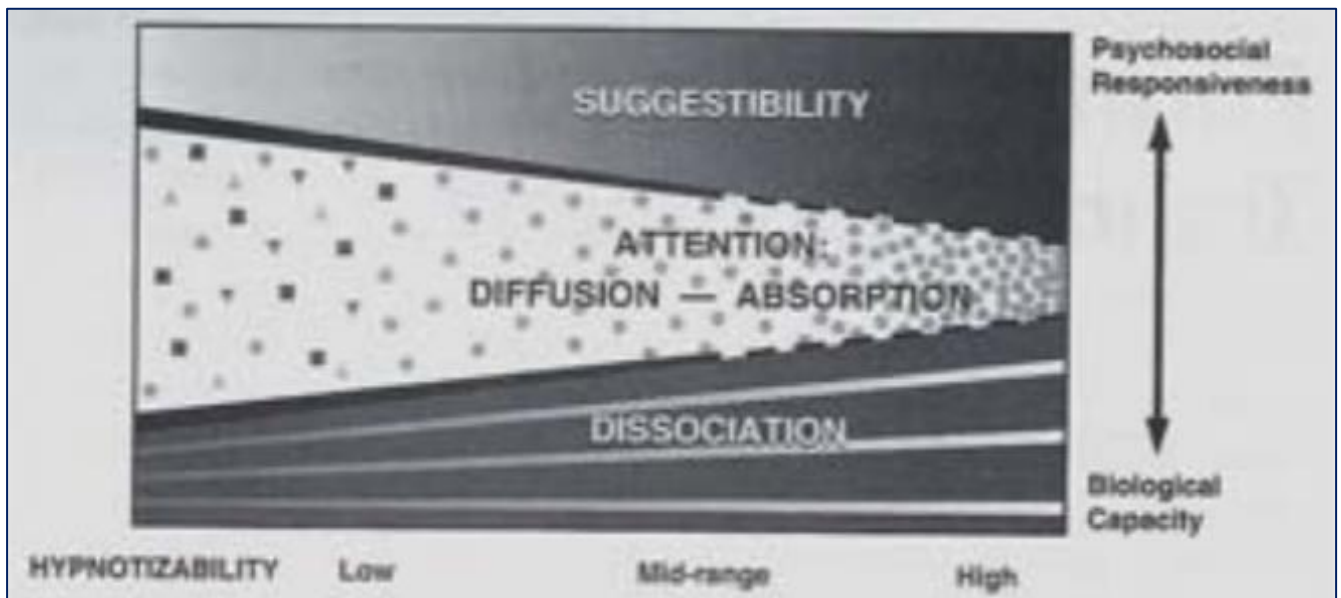


Figure 11 : Le processus d'Induction de la transe.
(H. Spiegel, D. Spiegel, 1990)

L'attention se focalise, la dissociation s'approfondit, la capacité de réponse aux suggestions s'agrandit.

3.1.4 Les différents types d'induction :

Les inductions INSTANTANNEES	-court-circuit du conscient -activation inconsciente, immédiate et directive (mise en place d'une idée sélective).
Les inductions RAPIDES	Basées sur le principe d'un enchainement de tests de suggestibilité ou de profondeurs de transe.
Les inductions PROGRESSIVES	-Evocation d'un souvenir agréable -safe place -relaxation corporelle

Tableau n°2 : Les différents types d'induction

3.1.4.1 Exemple d'induction Rapide : Induction de DAVE ELMAN :

- 1 - Fixation de l'attention et test de consentement :
Respiration profonde et fermeture des yeux :

« Voilà, installez-vous confortablement en décroisant les pieds et les mains. Prenez une grande inspiration, remplissez vos poumons à fond et maintenez pendant une seconde. Maintenant que vous expirez, laissez vos yeux se fermer et détendez-vous, laissez toutes vos sensations s'en aller, laissez vos épaules se relâcher, tout le corps se détend agréablement ».

- 2 - Court-circuit de l'esprit critique :
Test de relaxation des yeux :

« Maintenant prêtez attention à vos paupières : vous savez déjà que vous pouvez détendre tous les muscles autour des yeux, si profondément, qu'aussi longtemps que vous choisirez de conserver cette relaxation, c'est comme si ces yeux ne marchaient plus... et quand vous saurez que vous avez fait cela, conservez la relaxation et tester vos yeux pour réaliser qu'ils ne peuvent plus s'ouvrir ...et sentez combien c'est agréable. Une fois testé cela, continuez à vous détendre encore plus... » (30)

3.1.4.2 Exemple d'induction progressive : l'évocation d'un souvenir agréable (Erickson)

Erickson proposait au patient de prendre une position agréable pour débiter.

« Et votre mémoire retrouve maintenant un souvenir agréable ou vous êtes très, très à l'aise, dans un grand confort, quelque chose de très agréable. Cela peut être un souvenir récent ou un souvenir ancien, quelque chose de très agréable, de confortable, à revivre dans votre imagination. Tranquillement laissez votre mémoire vous donner des images plaisantes... puis éventuellement des sons agréables, qui accompagnent ce souvenir.

Peut-être votre corps se souvient également de sensations tactiles, est-ce par exemple une sensation de chaleur agréable d'un rayon de soleil, ou la fluidité d'une eau, ou encore la texture d'un tissu, ou encore quelques chose d'autre de tactile que je n'ai pas nommé mais qui fait partie de votre expérience.

Vivez pleinement ce souvenir comme un rêve, peut être que votre corps aussi ressent des sensations internes de confort, de bien être de ce moment-là, vivez pleinement ce souvenir.

Et quand vous êtes bien dans ce souvenir, qu'une partie de votre corps, la tête par exemple, bouge pour me dire oui, ou un doigt qui se soulève, pour me signaler que vous êtes bien dans ce souvenir... » (30)

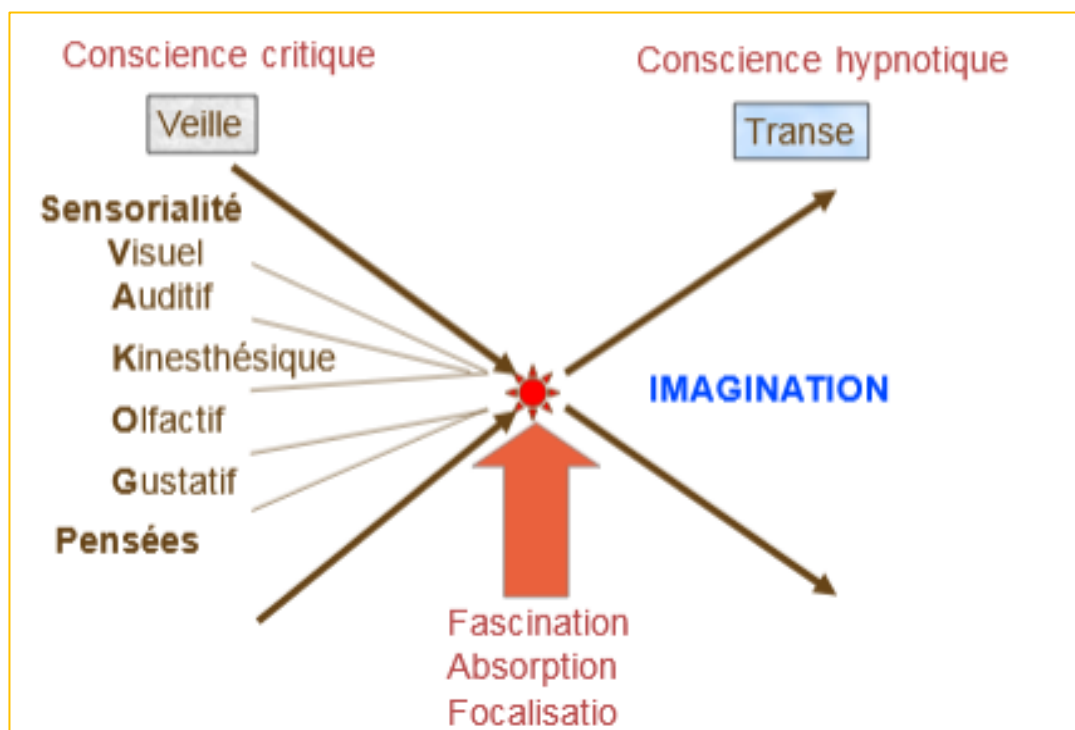


Figure 11 : Phase d'Induction

3.2 Phase 2 : L'APPROFONDISSEMENT DE LA TRANSE :

La « Transe » est un terme clinique, et se caractérise par une modification temporaire du fonctionnement psychique, suscitant une réorganisation plus ou moins durable sur le plan cognitif, affectif et comportemental.

Le sujet entend, peut réagir, peut répondre et exprimer ce qu'il vit, tout en étant ailleurs, centré sur sa sensorialité intérieure, dissocié de l'ensemble du réel concret. Ainsi la transe se présente comme un état de conscience modifiée, un état phénoménologique de dissociation, de réceptivité à la parole du thérapeute et « d'imagination contrôlée ».

Induire un état de transe hypnotique a pour objectif d'abaisser le seuil du contrôle exécutif volontaire pour permettre le travail thérapeutique. L'inconscient de la personne en transe est supposé apte à accueillir, suivant le contexte et l'objectif thérapeutique : suggestions, métaphores, destinées à produire des effets de distraction, de dis attention ou de recadrage que les mêmes suggestions, à l'état de veille normale, ne pourraient se faire qu'à un moindre degré.

Cet état de transe fluctue et s'accompagne de phénomènes psychoteurs sur lesquels le thérapeute s'appuie pour conduire le déroulement de la séance et introduire les suggestions à finalité thérapeutiques, aux moments qui lui semblent les plus opportuns. (19) (26)



Elle Comprend 2 étapes :

3.2.1 L'Activation de recherche inconsciente :

Par l'utilisation de métaphores, d'analogies, de présuppositions, de techniques de choix illusoire, de questions indirectes...

3.2.2 La Mise en place de processus inconscients :

Par le biais de suggestions, directes ou indirectes, au travers de processus idéodynamiques :

- idéosensoriels : hallucinations (auditive, visuelle, kinesthésique, olfactive..)
- idéocognitifs : amnésie, hypermnésie, régression ou progression en Age.
- idéomoteurs : phénomènes de lévitation, catalepsie d'une partie du corps et mise en place de « signaling ». (19) (26)

3.2.2.1 Exemples de processus idéodynamiques :

« Accepteriez-vous de laisser une autre partie de vous-même vous ramenez à l'époque précédant l'apparition des douleurs et de laisser ensuite ce doigt signifiant « oui » (signaling), indiquer que cela est fait, afin que je sache ou vous en êtes ? » (Régression en Age)

« Pendant que les doigts se lèveront, vous allez ressentir une impression de légèreté dans la main, une sensation de légèreté, d'autant plus que les doigts se redressent, et toute la main va se soulever et s'élever lentement, comme si c'était une plume, comme lorsqu'un ballon monte en l'air, de plus en plus haut, la main devient très légère.. » (catalepsie du bras). (30)

3.2.2.2 Les suggestions

Les suggestions Directes sont des injonctions, des choix binaires : accepter ou s'opposer.

Les suggestions Indirectes sont permissives, imprécises et ouvertes, elles initient un flux d'activité mentale, elles facilitent l'expérience de nouvelles possibilités de réponses, pouvant prendre place de manière automatique, indépendantes de la volonté consciente. (30)

3.3 Phase 3 : PHASE DE TRAVAIL THERAPEUTIQUE :

3.3.1 Les suggestions

Le but est d'induire une réponse hypnotique et donc un changement par l'utilisation d'outils hypnotiques tels que :

- les suggestions thérapeutiques générales (de confort, de sécurité, de renforcement du moi),
- les suggestions thérapeutiques spécifiques liées au problème,
- les suggestions post-hypnotiques : le recadrage, les ancrages, la prescription de symptômes, etc.

Ces suggestions entraînent l'activation de chaînes associatives ; il s'agit de favoriser des processus inconscients en vue d'une portée heuristique et de la résolution de problèmes.

Ces expressions langagières opèrent au sein du patient un certain nombre de changements sur différents niveaux (cognitifs, émotionnels, physiologiques...)

A la fin de la séance, une évaluation de la transe est possible mais pas d'analyse consciente de la séance. Proposition d'exercices d'auto hypnose, dans le but d'autonomiser le patient. (26) (30)

3.3.2 Les signes de transe

Les signes physiques de la transe hypnotique sont variables d'un sujet à l'autre et sont non spécifiques :

- Variation de la fréquence cardiaque, selon les suggestions.
- Fixité du regard, ou bien mouvements oculaires rapides, mydriase.
- Diminution de la fréquence respiratoire.
- Décontraction des muscles du visage, inhibition du réflexe de déglutition, immobilité.
- Modification de la couleur de la peau : coloration plus marquée ou au contraire pâleur du visage et des mains.

Les modifications psychiques sont liées à l'instauration d'une logique particulière :

- une interprétation littérale
- une attention sélective
- une facilitation des souvenirs
- une réactivité accrue aux suggestions. (31)

3.4 Phase 4 : LA REASSOCIATION

C'est le retour à la conscience critique, la réorientation du sujet.

Elle correspond au retour « ici et maintenant », il ne s'agit pas d'un réveil puisqu'il n'y a pas eu de sommeil. La réassociation ne doit pas être soudaine mais progressive.

Elle peut se faire en comptant, par décompte, ou par le biais de métaphores. (24) (31)

Exemple de réassociation en comptant :

« Je vais compter jusqu'à 5. Apprêtez-vous à arriver ici et maintenant.

Inspirez profondément..., soufflez, peut être que vous pouvez bouger les différentes parties de votre corps...

Lorsque je prononcerai le dernier chiffre, tout l'enseignement apporté par la séance aujourd'hui... sera intégré, et vous sortirez de cette séance...rafraichi et alerte...prêt à continuer vos occupation de façon énergique...

Respirez profondément, et à votre rythme prenez le temps qu'il vous faut pour revenir ici et maintenant... »

Exemple de Réassociation par Métaphores :

« Et peut être que vous pouvez... commencer à imaginer que vous remontez un escalier, marche après marche...Et alors que ma voix devient plus forte, vous continuez... à remonter l'escalier... davantage, et peut être que vous apercevez une porte.

La voyez-vous ?...

Et lorsque vous ouvrirez cette porte, vous serez de retour dans ce cabinet d'hypnose.

Peut-être que vous pouvez ouvrir la porte, prenez une grande inspiration, et quand vous serez prêt, vous pourrez ouvrir vos yeux et arriver ici et maintenant. » (24)

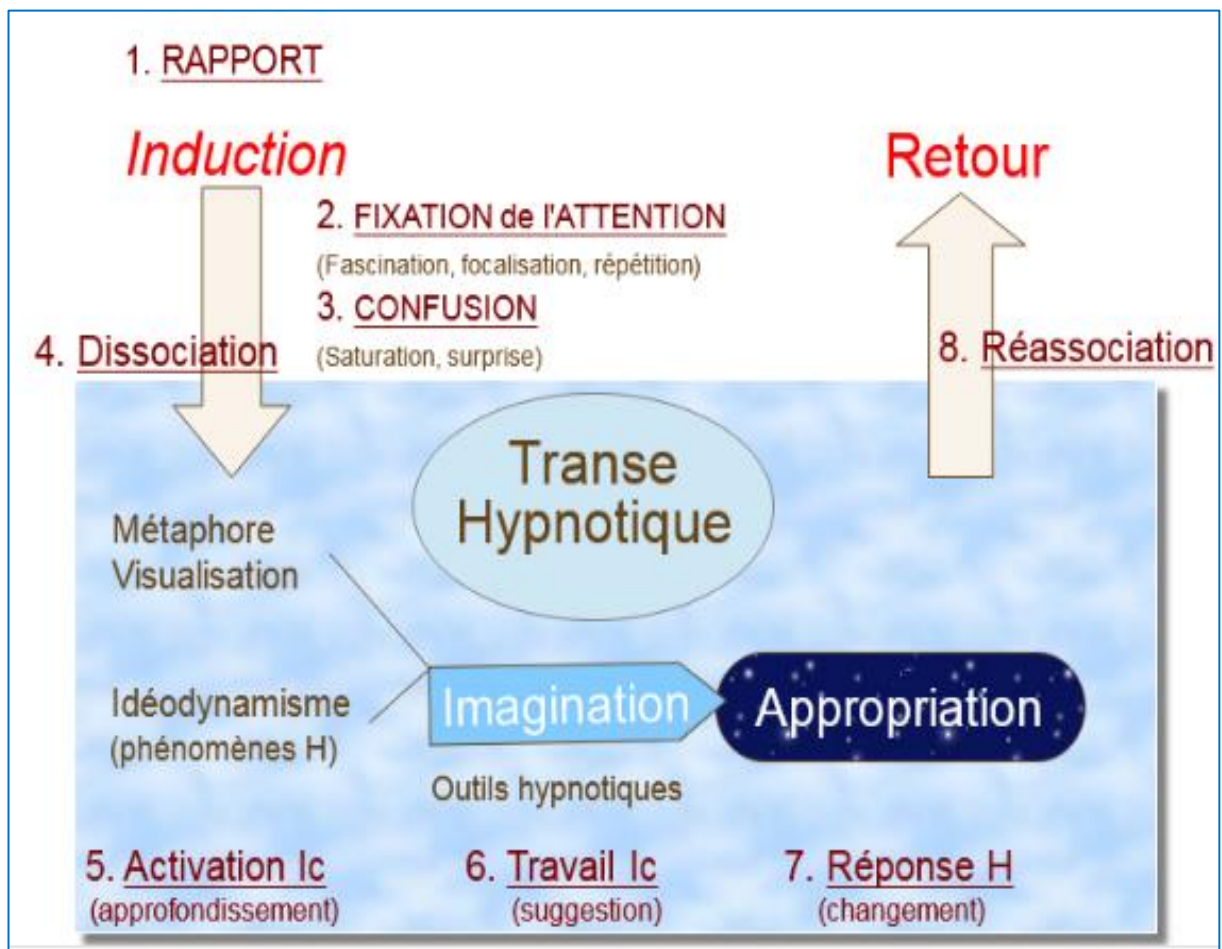


Figure 13. La dynamique de l'hypnose

4. LA COMMUNICATION EN HYPNOSE

4.1 L'école de Palo Alto

La communication est l'action de communiquer, c'est-à-dire d'échanger, d'établir une relation avec autrui, de transmettre quelque chose à quelqu'un.

A partir des théories de la communication en hypnose de l'école de Palo Alto, plusieurs axiomes ont pu être énoncés : (32)

1 - Il est impossible de ne pas communiquer :

Cet axiome est vérifié dans l'inter relation entre le professionnel et le sujet dans plusieurs étapes ou style de la pratique de l'hypnose.

- >Le «NE RIEN FAIRE» de Gaston Brosseau
- >Les moments de silence entre le professionnel et le sujet.
- >L'interprétation des résistances.

2 - Toute communication présente deux aspects :

- >Un contenu : c'est la séance elle-même, mais également le partage en matière de communication (renseignement, opinion, jugement, sentiment...)
- >Une relation : en hypnose, c'est une métacommunication, c'est-à-dire l'échange que peuvent avoir deux individus à propos de la façon dont ils communiquent. Par exemple la façon dont est vécue la séance.

3 - La nature de la relation dépend de la ponctuation et des séquences de communication : le cadre.

Ce principe se retrouve de différentes manières selon la finalité à atteindre, la relation sera différente s'il s'agit d'une thérapie, d'un travail de groupe, d'une expérimentation, etc.

4 - Les êtres humains usent de deux modes de communication :

- >Digitale : analytique, logique, précise, elle explique et interprète, elle utilise les codes verbaux.
 - >Analogique : affective, plus floue, utilise des symboles, elle est comprise de tous.
- Dans la prise en charge en hypnose, les deux modes de communications existent et le langage hypnotique spécifique doit être compris et appris.

**5 - Toute communication est symétrique ou complémentaire,
et se fonde sur l'égalité ou sur la différence.**

De nombreux exemples de travail en hypnose montrent qu'effectivement la communication fluctue entre symétrie et complémentarité, soit au cours d'une même séance, soit au cours de séances successives. (32)

Le langage hypnotique permet d'établir une relation de confiance, d'induire une réponse hypnotique, de favoriser l'acceptation des suggestions thérapeutiques.

4.2 Deux modes de communication existent :

Communication DIGITALE	-> <i>Verbal</i>	-Langue française	-Parole Alphabet
Communication ANALOGIQUE	-> <i>Para verbale</i> ----- -> <i>Non verbale</i>	-Grognement, soupirs, rire, intonation... ----- - Mimiques, gestuelle, posture...	-Vocal, respiration ----- -Kinesthésie

Tableau n°3 : Les modes de communication en hypnose.

4.2.1 Communication DIGITALE:

Code conventionnel, comprend la langue, la grammaire, la syntaxe. Utilise le langage verbal. (33)

En hypnose il est essentiel de connaître les différentes formes de langages et de savoir les utiliser.

4.2.1.1 Le langage VERBAL :

-Utiliser le langage (vocabulaire) du patient avec **RESPECT** : ce que le patient a confié au thérapeute doit être restitué de manière précise.



-Utiliser des **VERBES D’ACTION** et de mouvements qui induisent le changement avec une idée de transformation positive.

-Utiliser **LES MOTS QUI PROTEGENT** : « *confort, sécurité, bien être, détente...* »

-Parler au **PRESENT** :
« *ICI ET MAINTENANT* »

-Tout message doit être formulé sous **FORME AFFIRMATIVE** dans un langage positif (bannir « essayer », plutôt « commencer »).

-Dire ce que l’on ne doit pas faire, ne dit rien de ce que l’on doit faire : « *ne bougez pas* » -> « *Restez calme* ».

-En état de transe, utiliser le **LANGAGE LE PLUS SIMPLE POSSIBLE**, tout en s’adaptant au niveau de langage du patient.

-**REPETER**, car le patient en transe ne reçoit pas les mêmes messages qu’en conscience critique. (Utilisation de synonymes, ou de métaphores). (32)

Les techniques de bases

Exemples :

▪Le Choix Illusoire :

Suggestions montrant que le patient a un choix, ce qui augmente la réalisation de la suggestion principale.

« Préférez-vous entrer en transe maintenant ou tout à l'heure ? »

▪Précaution oratoire

Séparer le monde du patient et celui du thérapeute.

« Vous êtes sur la plage » et non « Nous sommes sur la plage »

▪Questionnement/Allusion :

Aucune réponse n'est attendue

« Je me demande à quel moment vous allez sentir ce picotement agréable et si confortable dans vos jambes ».

▪Négation double ou triple :

Pour les patients résistants, pour créer la confusion et renforcer la dissociation.

« Et vous n'avez pas encore décidé de ne pas répondre aux questions que vous ne vous êtes pas encore posées ».

▪Truisme :

Affirmation d'une évidence qui confirme au patient que le thérapeute l'observe et est attentif.

« Vous êtes assis, et vos pieds sont posés au sol, il est 9 heures, il y a des parties de vous qui sont plus confortables que d'autres et c'est reposant et agréable d'être relaxé... »

▪Le Langage dissociatif

Les adjectifs possessifs sont à bannir

Non pas *« les yeux sont fermés »*, mais *« CES yeux sont fermés »*.

▪Les suggestions ouvertes ou fermées :

Permettent d'être précis sur ce que le patient a confié et vague sur ce que le thérapeute ignore.

« *Vous marchez, en regardant les arbres dont les feuilles bruissent doucement tout en entendant le clapotis des vagues...* » (Fermée)

« *Vous marchez, et peut être pouvez-vous voir des arbres, et aussi peut être entendre le bruissement des feuilles...* » (Ouvverte). (35)

▪Les suggestions composées

Le but est d'associer dans la même proposition deux éléments qui n'ont pas de liens logiques.

« *Tandis ce que vous écoutez ce que je dis, vous pouvez laisser votre esprit se promener ailleurs..* »

« *Alors que vos yeux se ferment, votre main commence à être plus légère..* » (35)

▪La Métaphore thérapeutique :

Elle utilise l'imaginaire du patient plutôt qu'une approche relationnelle explicative et interprétative.

Elle a pour but :

-D'augmenter la souplesse : en contournant les résistances, expliquer des concepts, mettre les évènements en perspective...

-Transmettre des valeurs. (33)

Il existe différents types de métaphores :

- *La métaphore du changement :*

Elle est générale, choisie dans les éléments du souvenir agréable, employée une fois.

- *La métaphore adaptée au problème.*

-*La métaphore imbriquée :*

Elle associe la métaphore adaptée au problème dans la métaphore du changement.

-*La Parabole :*

En Grec « *parabolè* », signifie rapprochement. C'est une histoire qui a pour but de dispenser un enseignement de manière imagée.

-*Le compte métaphorique :*

Il comprend un héros, un but (une tâche à effectuer, un exploit, une énigme à résoudre), des ressources, un voyage avec des obstacles, des erreurs, un sauvetage miraculeux et une arrivée, un but avec une récompense.

La métaphore est souvent utilisée en Hypnose, « *Elle transporte le problème du patient du rivage accidenté du conscient vers le puits profond des ressources de l'inconscient.* » M. ERICKSON. (34) (35)

4.2.2 Communication ANALOGIQUE :

Plus archaïque, proche du réel, et de l'observation. Elle utilise le langage para verbal et non verbal.

4.2.2.1 Le Langage PARAVERBAL :

Le langage para verbal correspond à la manière dont les phrases et les mots sont prononcés.



La voix :

-Intonation monotone

-Timbre ou tonalité plus basse, plus grave.

-Rythme lent (permet au thérapeute de maîtriser son langage).

-Moduler la voix, la baisser en fin de phrase.

-« *Pacing* » : ajustement au rythme respiratoire du patient ; parler sur l'expiration permet de prêter davantage attention aux sensations internes.

Pauses et silences : utilisable quand la transe est installée.

-Orientation de la voix et de la tête permet aux sons d'être différents, plus ouverts vers l'avenir. (34)

4.2.2.2 Le Langage NON VERBAL :

Concerne toute la gestuelle et mimique qui accompagnent le langage parlé.

Le maître mot : **OBSERVER**

Le langage non verbal passe par le premier contact entre deux personnes :

-La poignée de main, ferme, ouvre la séquence relationnelle, et peut même être un début d'induction.

-observer les mouvements du patient mais aussi du thérapeute (reflète notre état émotionnel, notre disponibilité) : *le mirroring* = imiter les gestes du patient, respectueusement.

-Respect de la proxémie ou distance de confort entre deux personnes. (33) (34)

En communication le praticien se focalise sur le besoin du patient pour promouvoir un échange efficace d'informations. L'écoute active, l'observation, le respect des limites, associés à des connaissances et un savoir-faire spécifique sont les vecteurs d'une satisfaction mutuelle.



5. NEUROPHYSIOLOGIE DE L'HYPNOSE

→ ***L'hypnose, fonction cognitive cérébrale :***

En quelques années, la littérature en Hypnose a exploré de nombreux domaines de la conscience dans divers paradigmes expérimentaux. (36)

En Europe francophone, le retour en milieu hospitalier universitaire de l'hypnose, s'est fait à partir des résultats cliniques constatés par *Elisabeth Faymonville* au milieu des années 90, au centre des grands brûlés du CHU de Liège.

Incitée à utiliser l'hypno sédation comme alternative à l'anesthésie générale lors des soins de pansements, elle constata une meilleure tolérance, un plus grand confort, et la possibilité de réduire de façon importante les prescriptions sédatives.

Ce constat fut le point de départ d'un vaste programme de recherche en hypnose expérimentale, ayant pour objectif de comprendre les mécanismes neurophysiologiques sous-jacents à ce résultat clinique. (37)

5.1 Analyse de l'Electroencéphalogramme (EEG) :

->Dans les années 1980 à 2000, de nombreuses études ont été réalisées par électroencéphalographie afin d'individualiser des caractéristiques EEG qui pourraient être des corrélats neurophysiologiques de l'état hypnotique (38).

L'électroencéphalographie standard chez un sujet « Hypnosis Virtuoso » a confirmé la fluctuation des rythmes corticaux selon les phases successives de la séance d'hypnose et la profondeur de la transe. (39)

La spectrographie EEG et les algorithmes actuels de traitement du signal permettent d'extraire des patrons d'intensité et de distributions topographiques évolutives des fréquences EEG (en particulier alpha et thêta). (40).

5.1.1 Les ondes Alphas :

MICHAUD rapporte une étude menée en 1968 par *London et coll* qui met en évidence que les sujets hautement hypnotisables présentent à l'EEG une augmentation du taux d'ondes alpha par rapport à ceux faiblement hypnotisables. Cette étude est réfutée par *EVANS* en 1972.(24)

5.1.2 Les ondes Thêta :

Il existe une relation positive entre la susceptibilité hypnotique et le taux d'onde thêta sur le tracé de l'EEG, de même que ce taux d'onde thêta augmente en état d'hypnose. (24)

5.1.3 Les Ondes Béta :

Les patients hautement hypnotisables présentent davantage d'ondes bêta dans leur hémisphère cérébral gauche, au niveau des régions frontale, centrale et occipitale. (24)

5.1.4 Les Ondes à 40 Hertz :

On retrouve ce type d'ondes lors d'une attention focalisée. Elles ont tendance à augmenter dans l'hémisphère gauche lors d'une activité verbale, et dans le droit lors d'une tâche visuo-spatiale.

En hypnose les sujets ont montré une augmentation bilatérale des ondes à 40 Hertz lors d'une émotion positive, alors que pendant une émotion négative, leur émotion augmente dans l'hémisphère droit et diminue dans l'hémisphère gauche. (24) (41)

L'EEG a permis de confirmer la fluctuation des rythmes corticaux selon les phases successives de la séance d'hypnose et de la profondeur de transe. (41)

5.2 L'Imagerie cérébrale :

5.2.1 La Tomographie par Emission de Positons :

La confirmation que l'induction hypnotique entraîne un patron d'activation cortical différent de ceux activés par la simple imagination, est publiée en 1999 dans une première étude, en TEP (Tomographie par émission de positons), portant sur 9 sujets volontaires sains.

Le protocole était basé sur la comparaison des patrons d'activation corticaux provoqués par évocation mémorielle d'un souvenir autobiographique agréable, en état de vigilance normale versus en état d'hypnose:

-> Alors que l'imagerie mentale du souvenir en état de veille normale activait les régions bitemporales, l'activation corticale, sous hypnose, impliquait des régions plus étendues : le cortex occipital, pariétal, précentral, pré moteur, préfrontal ventro-latéral et le cortex cingulaire antérieur. Le sujet, au-delà de la simple évocation mémorielle, revivait l'expérience. (42)

Pierre Rainville, également en TEP, montra en 1999 chez des sujets hautement hypnotisables, une augmentation de la consommation d'oxygène et du flux sanguin cortical en hypnose par rapport à l'état de veille, de façon bilatérale au niveau des lobes occipitaux. Cette augmentation était corrélée avec une augmentation des ondes delta à l'EEG dans les mêmes régions. Il lia ces données à l'augmentation de l'imagerie mentale des sujets sous hypnose. (42)

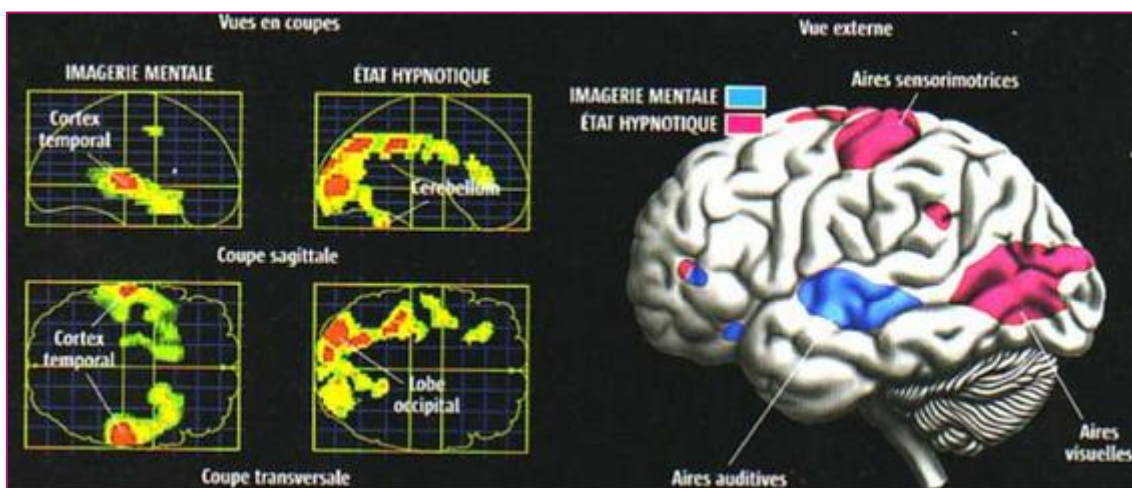


Figure 14. Remémoration d'un souvenir agréable sous hypnose.

Activation du lobe occipital et des aires sensorimotrices.

En 2002, il publia une autre étude, où il comparait l'état de simple relaxation et l'état d'absorption qui caractérise la transe hypnotique.

Il demanda aux sujets choisis, d'auto évaluer leur relaxation mentale et leur concentration, en état de contrôle normal et sous hypnose (43).

Sous hypnose les résultats sont les suivants :

-Au niveau de la relaxation : il faut noter une augmentation du débit sanguin cérébral (rCBF) dans le cortex occipital, et une diminution du rCBF dans la partie mésencéphalique du tronc cérébral ainsi que dans le lobe pariétal droit.

-Au niveau de la concentration : on observe une augmentation de rCBF dans les structures impliquées dans l'attention (tronc cérébral ponto-mésencéphalique, thalamus médian, cortex cingulaire antérieur, lobe frontal inférieur et le lobe pariétal gauche).

Il en retient la possibilité d'un indice de transe : relaxation et absorption seraient donc deux mécanismes cérébraux distincts de l'induction hypnotique.

Ces travaux sont intéressants, car ils montrent que l'hypnose n'est pas un simple désengagement de l'hémisphère gauche au profit d'un engagement prépondérant de l'hémisphère droit, comme il a été supposé dans des théories plus anciennes (43).

L'imagerie a permis également d'étudier la modulation des perceptions sous hypnose ;

Exemples au travers de deux études :

- L'équipe de *Henry Szechtman* de l'université canadienne de Waterloo montre une expérience en 1998 avec 8 sujets suffisamment mélomanes pour se rappeler un morceau de musique.

Cette étude, réalisée par TEP-scan montre la même activation dans le cortex cingulaire antérieur lorsqu'un sujet écoute un morceau de musique ou si on lui demande de se le rappeler sous hypnose. Or cette activation n'existe pas, lorsqu'on lui demande de se souvenir du morceau et qu'il est éveillé. (44)

- L'équipe de *Stephen Kosslyn* à Harvard montre que l'état hypnotique permet de moduler la perception des couleurs.

Dans cette étude, on demande au sujet éveillé de regarder un panneau constitué de carreaux colorés puis uniquement en gris. Si on lui donne le panneau coloré à voir, les deux régions du cerveau impliquées dans la perception des couleurs, situées au niveau du lobe occipital, s'activent. Si on lui demande d'imaginer que le panneau coloré est gris, elles restent actives.

En revanche quand on répète l'opération sous hypnose, les deux régions se désactivent quand on lui demande d'imaginer que le panneau coloré est gris. Sous hypnose, le sujet peut donc croire à des illusions auditives ou visuelles dont on trouve des mécanismes cérébraux, différents, que ceux impliqués dans l'état d'éveil. (45)

Avec ces travaux, nous avons donc acquis une certitude : l'état hypnotique correspond bien à un état cérébral particulier.

Donc en PET -SCAN, l'état d'hypnose neutre a été caractérisé par une augmentation de l'activité métabolique des systèmes attentionnels préfrontaux corrélé à l'état d'absorption et une réduction au niveau des structures du réseau par défaut (DMN) corrélé à une diminution de la pensée analytique (36).

Le lobe frontal (siège de la confiance et de la zone sociale) en particulier avec le cortex cingulaire antérieur, et le lobe pariétal (siège de l'intention du mouvement, de l'imagination et de la conscience de soi) notamment le précunéus, sont des zones clés d'activation pendant l'hypnose et de l'imagerie mentale. (46)

Ces travaux marquent l'entrée de la recherche sur l'hypnose par l'imagerie fonctionnelle.

Ils vont bénéficier des nouvelles techniques :TEP (Tomographie par Emissions de Positons), MEG (Magnétoencéphalographie), IRMf (Imagerie par Résonance Magnétique séquence flair), et des données qu'elles fournissent sur l'organisation neuroanatomique du connectome cérébral et des réseaux impliqués dans la conscience, qu'ils contribuent par ailleurs, à confirmer.

L'apport de l'imagerie cérébrale a permis de décrire l'état hypnotique comme un état de conscience spécifique (différent de l'état de veille et de sommeil), et de montrer que l'hypnose se présente comme une méta fonction cognitive cérébrale.

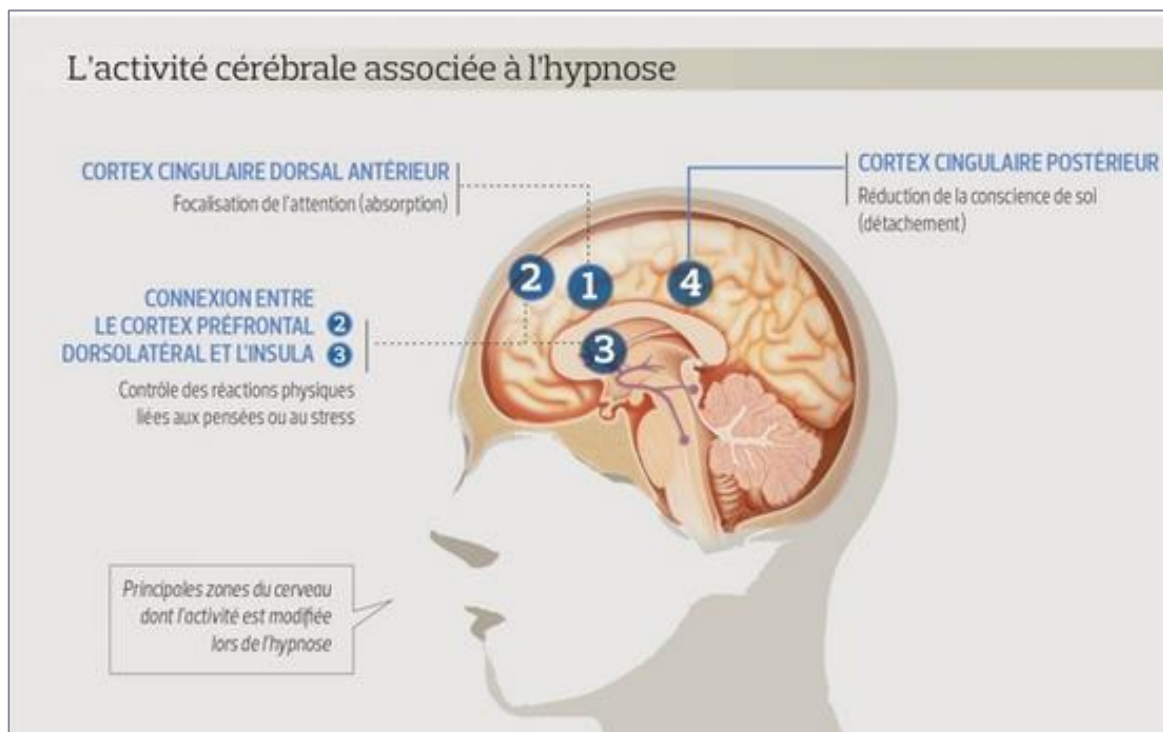


Figure 15 : L'activité cérébrale associée à l'hypnose.

5.2.2 L'IRM fonctionnelle (IRMf)

Le groupe du professeur *Patrick Vuilleumier*, directeur du centre inter facultaire de neuroscience de l'université de Genève, a réussi à montrer, au travers d'une expérience suggérant une paralysie par hypnose, que des régions différentes sont impliquées dans la paralysie hypnotique et dans la simulation.

L'expérience consistait à réaliser une séance d'hypnose à des personnes à l'intérieur d'une IRM. Les volontaires devaient se préparer à effectuer un mouvement de la main lorsqu'un signal leur était donné, puis exécuter ou non le mouvement préparé.

Une partie des sujets recevaient la suggestion hypnotique que leur bras gauche était paralysé, tandis que d'autres, non soumis à l'hypnose, recevaient l'instruction de simuler une paralysie du même bras.

Les volontaires sous hypnose présentaient effectivement une forte activité du cortex frontal en parti responsable du contrôle de la réalisation de la tâche, ce qui a amené les chercheurs à conclure que ces personnes étaient dans un état « d'hyper contrôle », état par conséquent, fort différent d'un état d'automate.

De plus malgré la suggestion de paralysie, l'activité liée aux intentions motrices était préservée, indiquant que la volonté d'agir n'était, quant à elle, pas inhibée.

Les scientifiques ont aussi remarqué que le cortex moteur contrôlant la main paralysée semblait être connecté, plus fortement que dans l'état normal, avec les régions impliquées dans l'imagerie mentale et la mémoire de soi. Ce qui suggère que les sujets sous hypnose adoptaient une attitude introspective plutôt que perceptive.

Publiée dans la revue *Neuron*, cette étude révèle pour la première fois les mécanismes cérébraux liés à la suggestion de paralysie par hypnose. (47).

5.3 Sur le plan physiologique :

Des études ont mis en avant l'implication du métabolisme de la dopamine dans l'hypnotisabilité, à savoir une activité plus importante dans les structures dopaminergiques du réseau de saillance (cortex cingulaire antérieur et insula antérieure), ainsi que l'implication de gènes régulant le NO et les récepteurs de la sérotonine (5-HTTLPR) (46) (48)

6. MESURE DE L'HYPNOSE

Les capacités d'hypnose, méta fonction cérébrale de modulation cognitive et émotionnelle, sont, comme toutes fonctions cognitives, variables d'un sujet à l'autre.

Cette variabilité de sensibilité à l'induction hypnotique est connue de longue date et a conduit à développer des échelles d'hypnotisabilité dès les premiers travaux expérimentaux sur l'hypnose.

La première échelle sera une tentative de lier hypnotisabilité aux traits de la personnalité (*Davis et Husband 1931*).

De nombreuses échelles ont été développées, mais actuellement, deux sont les plus utilisées pour la constitution de groupes de sujets homogènes dans les protocoles expérimentaux :

-La « Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility Scale » : **A** (*Shor and Orne, 1962*), axée sur la motricité.

-La « Stanford Hypnotisability Scale » : **C**, axé sur l'aspect idéationnel (capacité à expérimenter des distorsions de la perception et de la mémoire). (André Weitzenhoffer et Ernest Hilgard, 1962).

Elles proposent une série de suggestions visant l'apparition d'un état hypnotique. Plus le sujet répond aux suggestions, plus il a un score élevé.

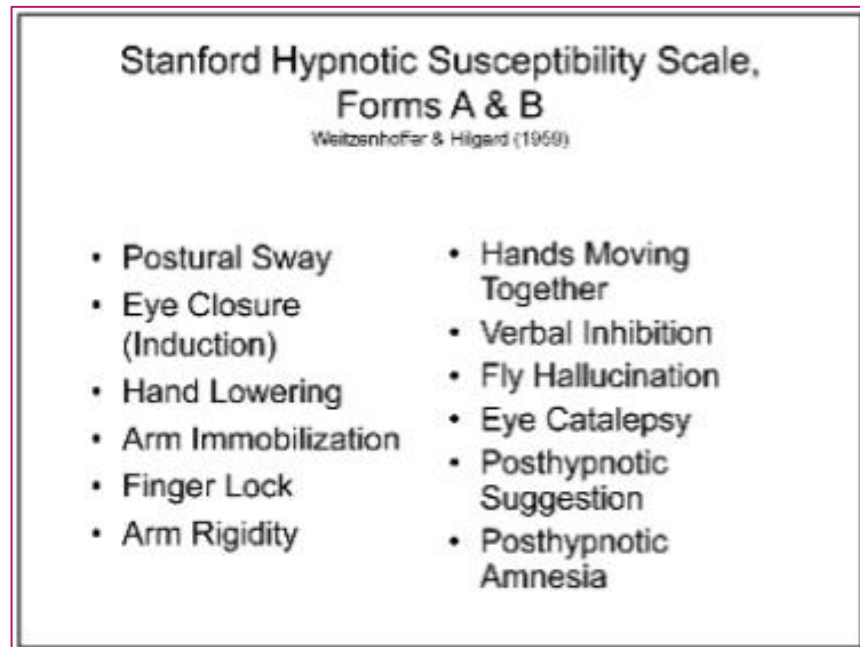


Figure16. L'échelle de susceptibilité hypnotique de Stanford(SHSS)

La forme « **C** » reprend ces items et quatre nouveaux :

- L'hallucination du goût.
- Le rêve hypnotique.
- La régression en Age.
- L'anosmie à l'ammoniaque. (27)

Cette variabilité interindividuelle et la stabilité de cette aptitude pour un sujet donné, contrôlée sur plusieurs décennies ont fait rechercher une base génétique.

Sur des études de jumeaux, un taux de corrélation 0,6 a été retrouvé chez les homozygotes. Cette donnée a été confirmée dans le cadre du *Human Genome Project* ; le polymorphisme VAL/MET du gène du récepteur de la COMT a été corrélée à un haut degré de susceptibilité alors que les polymorphismes VAL/VAL et MET/MET ont été trouvés chez des sujets hypnorésistants. (47) (49)

Ce lien entre hypnotisabilité et métabolisme de la dopamine se trouvera renforcé par les données d'imagerie fonctionnelle à l'état de repos qui révélera une activité plus importante dans les structures dopaminergiques du réseau de saillance (cortex cingulaire antérieur, insula antérieure) (50).

Des travaux récents font aussi intervenir les gènes régulant le NO et les récepteurs de la sérotonine 5-HTTLPR. (comme vu précédemment) (51)

Les apports récents de nouveaux algorithmes de traitement du signal d'électro-encéphalographie de type RQA (Recurrence Quantification Analysis) ouvrent la voie à une caractérisation neurophysiologique du potentiel constitutionnel d'hypnotisabilité chez les sujets en état de repos (52).

7. PROCEDURE ET RECHERCHE EN HYPNOSE

Les critères pour induire une recherche dans le domaine de l'hypnose doivent répondre à des éléments de bonnes pratiques, établis sur le plan international. (53) (54)

La présence ou non de l'utilisation de ces critères va permettre de juger une étude comme recevable ou non.

La procédure en recherche en hypnose est :

- **POSSIBLE** si : -> Au moins 25 sujets randomisés avec groupe contrôle.
 - > Nécessité d'un manuel thérapeutique ou un équivalent (script).
 - > Le résultat doit montrer une supériorité par rapport au placebo, ou bien sur un groupe contrôle non traité, ou un traitement empirique équivalent.

- **EFFECTIVE** : Un traitement est effectif si il est statistiquement supérieur à un groupe contrôle conduit par une équipe de recherche indépendante dans un domaine équivalent (recherche concomitante ou déjà publiée).
 - > *Brown 2007*, crise d'asthme avec anxiété.
 - > *Hammond 2007*, céphalée et migraine.

- **SPECIFIQUE** : s'il montre une supériorité par rapport au placebo ou une autre thérapie par au moins deux études indépendantes.
 - > *Syrjala et al 1992* : douleur et cancer
 - > *Lang et al 2006* : chirurgie, douleur et souffrance.
 - > *Lambert 1996* : chirurgie douleur, enfant.
 - > *Kirsch 1996* : perte de poids. (54)

Récemment on note une volonté de la part des pouvoirs publics à s'intéresser à la pratique de l'hypnose, notamment, face à l'augmentation ces dernières années, du recours aux thérapies non conventionnelles dans les pays développés.

En effet, l'INSERM a publié un rapport en 2015 sur l'évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. (55)

L'OMS, s'est elle aussi intéressée aux thérapies non conventionnelles dans notre système de soins, et a proposé un programme de « stratégie OMS 2014-2023 », concernant les Médecines Traditionnelles et les Médecines Complémentaires (MT/MC) dont l'hypnose, les objectifs étant de :

- 1- Renforcer la base de connaissances pour une gestion active de la MT/MC via les politiques nationales appropriées.
- 2- Renforcer l'assurance qualité, la sécurité, l'usage approprié et l'efficacité de la MT/MC en règlementant pratiques et praticiens.
- 3- Promouvoir la couverture sanitaire universelle en intégrant de façon adéquate les services de MT/MC dans la prestation des services de santé et l'auto prise en charge sanitaire. (56)

Les organismes privés comme la CFHTB (Confédération Française d'Hypnose et de Thérapie Brève) sont engagés dans la recherche en hypnose et ont pour mission d'harmoniser les programmes de formation à l'hypnose et aux thérapies brèves, et de développer des travaux de recherches scientifiques et cliniques dans ce domaine.

Cependant, la recherche en hypnose reste un domaine présentant des facteurs limitants.

D'une part, cette difficulté est imputable à la pratique de l'hypnose elle-même.

C'est une méthode psychologique et non médicamenteuse. L'importance de la variabilité de réponse entre les patients peut être expliquée par le degré fluctuant d'hypnotisabilité, et par la dynamique relationnelle engagée (thérapeute-patient), qui va induire des vécus intérieurs de nature différente, et des réponses singulières, propre à chacun.

Les études visant à évaluer l'effet clinique de l'hypnose obligent donc à repenser les standards méthodologiques classiques de procédure et protocole exigé par la recherche fondamentale.

Il est possible de réaliser des études comparatives randomisées, mais des études qualitatives bien menées sont tout autant indispensables pour déterminer le vécu subjectif des patients lors de leur prise en charge.

Un autre des facteurs limitants est le financement de la recherche, des budgets nationaux ne sont pas affectés, en parti dû au manque de reconnaissance institutionnelle de la pratique de l'hypnose.

III. UTILISATION DE L'HYPNOSE DANS LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE :

Seront développés dans cette partie :

- Les différents phénomènes physiologiques mis en jeu lors d'une séance d'hypnose dans la douleur chronique.
- Les différentes techniques utilisées,
- Les champs d'application de l'Hypnose dans les douleurs chroniques.

1. COMPOSANTE PSHYCHOLOGIQUE : LA SUGGESTIBILITE :

Rainville et al, ont montré, au travers d'une étude, l'interaction entre l'intensité de la sensation douloureuse et le niveau désagréable de la douleur ressentie.

Ces auteurs ont montré que les suggestions hypnotiques orientées sur l'aspect déplaisant de la douleur (un stimulus de 47°) peuvent moduler le niveau de souffrance ressenti par le sujet, sans pour autant modifier la perception de l'intensité du percept douloureux. Ils montrent également une corrélation significative entre l'augmentation du rythme cardiaque secondaire à la stimulation et l'aspect déplaisant de la douleur, démontrant ainsi l'interaction entre les suggestions hypnotiques et l'activité sympathique liée à la douleur.

Par ailleurs ils ont mis en évidence le fait que l'hypnose agit sur les aspects affectifs de la douleur en lien avec le vécu désagréable de celle-ci.

(En effet, les suggestions hypnotiques employées dans cette étude ont été utilisées pour changer uniquement l'intensité de la douleur, et les résultats ont montré qu'à la fois l'intensité douloureuse et l'aspect désagréable variaient pour les sujets).

Cette étude laisse à penser que les processus cognitifs qui interviennent durant l'induction hypnotique agissent directement sur les processus affectifs et émotionnels, qui en retour viennent moduler les réponses automatiques mises en jeu. (44)

1.1 Les suggestions d'analgésies ; réelle efficacité sur le ressenti douloureux ou simple simulation ?

Des études appuient l'idée qu'un état modifié de conscience n'est pas nécessaire pour créer une analgésie hypnotique. (57) (58)

Ces auteurs ont comparés deux groupes :

->L'un a qui les suggestions d'analgésies sont effectuées après induction d'un état hypnotique.

->L'autre où les suggestions sont faites seules.

Les sujets des deux groupes ressentent moins la douleur, ce qui semble démontrer qu'un état hypnotique n'est pas nécessaire pour induire l'analgésie, seules comptent les suggestions faites pour atteindre cet objectif. Cependant, un degré plus important d'analgésie est obtenu lorsque l'état hypnotique est présent, sans que le degré de suggestibilité intervienne.

Bien que l'état hypnotique ne soit pas nécessaire pour obtenir une analgésie, *Green et Ryher*, montrent que les sujets ne peuvent simuler l'analgésie. Ils ont étudié la tolérance à la douleur de deux groupes chez des sujets hautement hypnotisables.

->Dans le premier groupe on hypnotise les participants.

->Dans le deuxième, on leur demande de simuler l'analgésie et de laisser croire à l'hypnotérapeute qu'ils sont bien en hypnose.

Le résultat de l'étude montre que les simulateurs étaient moins tolérants à la douleur (augmentation de la tolérance de 16%), et les sujets réellement hypnotisés avaient, eux, une tolérance accrue de 45%. (59)

L'effet des suggestions hypnotiques est donc différent que celui d'une simple simulation, sur l'analgésie.

1.2 Les suggestions d'analgésie ; simple effet placebo ?

Dans une étude, *Pascalis*, compare les effets analgésiques produits par une relaxation profonde, par le processus d'imagerie dissociative, de suggestions hypnotiques d'analgésie, et de placebo, selon le degré d'hypnotisabilité des sujets (bas, moyen, haut).

Les résultats montrent que :

-la relaxation profonde, l'imagerie dissociative et les suggestions hypnotiques d'analgésie produisent significativement une baisse de la douleur sur les trois groupes constitués.

-L'effet placebo n'a pas eu d'action significative.

-Le niveau de douleur et de détresse était moins important dans les groupes de suggestions hypnotiques d'analgésie et d'imagerie dissociative, chez les sujets hautement hypnotisables, que dans les deux autres groupes.

-Les résultats les plus importants d'analgésie ont été obtenus avec les suggestions hypnotiques d'analgésie.

-L'état hypnotique facilite les effets de la suggestion, même si celle-ci peut agir en dehors de ce cadre.

- L'effet placebo n'est pas en jeu dans les techniques d'analgésie utilisées. (60)

2. NEUROPHYSIOLOGIE :

Des recherches importantes, ont été menées ces dernières années montrant que l'hypnoanalgésie implique l'inhibition centrifuge de la transmission nociceptive.

Les suggestions hypnotiques pourraient réduire la douleur en activant le système inhibiteur endogène de la douleur, descendant à la moelle épinière, et empêchant l'information nociceptive d'atteindre le cerveau.

2.1 Le système opioïde endogène :

L'hypnoanalgésie n'est pas dépendante des systèmes opioïdes endogènes.

En effet, d'une part parce qu'elle n'est pas contrecarrée par l'administration de naloxone, antagoniste morphinique spécifique.

Et d'autre part, l'hypnose à visée analgésique peut être induite très rapidement, alors que les mécanismes dépendants des opioïdes endogènes sont activés de manière retardée. (61)

2.2 La modification du réflexe de flexion (RIII)

KIERNAN et Al ont mis en avant l'effet de l'hypnose sur les contrôles médullaires descendants via le réflexe R3. (Dont l'intensité est en lien avec l'intensité subjective de la douleur, et la latence dépend de la conductance des nerfs afférents du groupe 3)

Cette étude consistait à mesurer chez 15 volontaires sains, ce réflexe R3. Ces derniers devaient, sur une échelle visuelle analogique mesurer les aspects sensoriels puis affectifs de la douleur secondaire à une stimulation électrique, pendant trois états différents :

- en état d'éveil
- lors de suggestions d'hypnoanalgésie,
- lors d'une tentative de suppression du réflexe sans hypnose.

Les résultats montrent que sous hypnose, l'intensité de douleur était réduite de 30%, le ressenti désagréable de 40%, le réflexe R-3 réduit de seulement 20%.

L'analgésie produite sous hypnose était partiellement mais significativement corrélée à la réduction du réflexe R3.

Ceci montre que ce sont les suggestions hypnotiques et non le contrôle volontaire du sujet, qui sont responsables de la sensation d'analgésie sous hypnose, qui elle-même est fonction des mécanismes anti-nociceptifs qui jouent un rôle au niveau spinal. (62)
(63)

Danziger et Al viennent compléter les travaux de *Kiernan et al*, dans la compréhension des mécanismes impliqués dans l'hypnoanalgésie.

Les suggestions d'analgésie sous hypnose, secondaires à une stimulation électrique chez 18 sujets hautement hypnotisables, ont montré une augmentation significative du seuil de la douleur pour tous les sujets.

Par ailleurs les résultats ont mis en évidence deux patterns distincts dans l'amplitude du réflexe R3.

En effet : 11 sujets présentaient une inhibition importante du réflexe, et pour les 7 autres une forte facilitation du R3 était présente.

Les 18 sujets montraient une même diminution de l'amplitude des potentiels évoqués somato-sensoriels retardés. (64)

Ces résultats mettent en évidence le fait que différentes stratégies de modulation durant l'hypnoanalgésie peuvent intervenir.

Il pourrait donc y avoir un mécanisme de contrôle supérieur des informations somato sensorielles avec une inhibition au niveau spinal pour certains et une inhibition aux niveaux supérieurs pour d'autres (facilitant le réflexe R3).

2.3 Modification du seuil de tolérance à la douleur.

L'étude de *BENHAIEM* (2001), montre que les suggestions d'analgésies augmentent les seuils de perceptions thermiques et les seuils de la douleur expérimentale au chaud chez un sujet sain. (65) Cependant ces résultats ne sont pas corrélés au score d'hypnotisabilité.

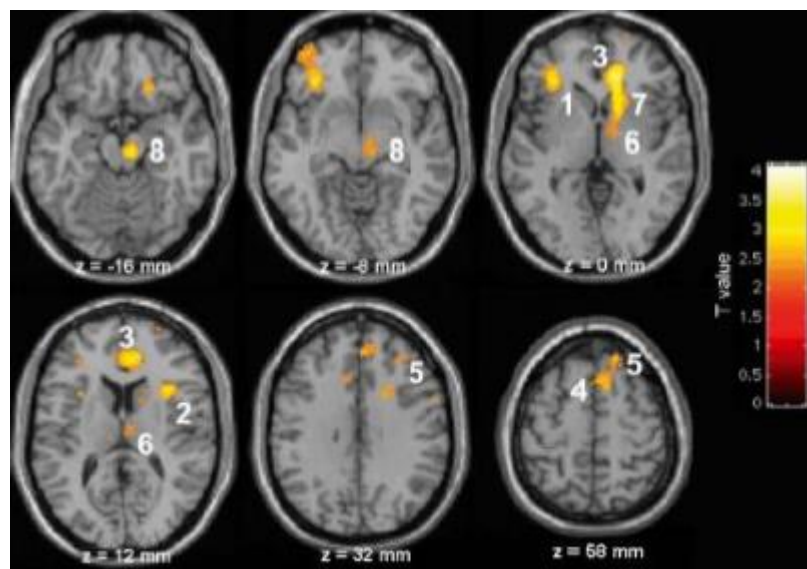


Figure 17. Régions cérébrales montrant une augmentation des connectivités fonctionnelles avec la partie ventrale du CCA lors de l'hypnose.

1-Insula gauche, 2- insula droite, 3-cortex périgénual,
4-cortex moteur pré supplémentaire, 5-gyrus frontal supérieur,
6-Thalamus droit,7-Noyau caudé droit,8-Tronc cérébral

3. APPORT DE L'IMAGERIE

La mise en application de l'Hypnose sur la douleur a été démontrée à l'aide des techniques de neuro-imagerie fonctionnelle.

L'effet antalgique de l'hypnose est corrélé à une augmentation de la modulation fonctionnelle entre le cortex cingulaire antérieur (CCA) (lieu de l'encodage de la composante émotionnelle de la douleur) et un large réseau neuronal de structures corticales et sous-corticales qui serait en charge des perceptions sensorielles et émotionnelles de la stimulation nociceptive mais aussi de zones en charge de la composante comportementale. (44)

C'est ce que mettent en évidence *RAINVILLE et FAYMONVILLE* dans leur étude ; ils ont démontré que l'induction hypnotique diminuait la réponse affective et sensorielle au cours d'une stimulation thermique nocive, par une modulation dans le CCA.

La diminution de la nociception lors de l'hypnose résulte d'une connectivité fonctionnelle accrue entre le CCA et les régions insulaires, pré-génuaire, frontale, les noyaux thalamiques et basaux du tronc cérébral.

-Seules les suggestions d'analgésie ou d'hyperalgie permettent de modifier la composante affective de la douleur ainsi que le flux cérébral sanguin des régions impliquées (dont principalement le CCA) et entraînent une activation du réseau attentionnel, en particulier les lobes pariétal et frontal. (48) (66)

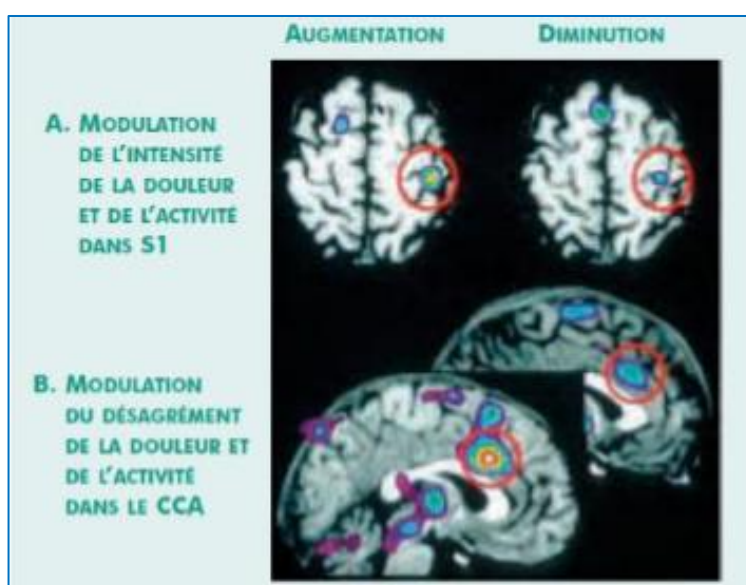


Figure 18. Modulation hypnotique de la douleur

Donc l'hypnose agit sur deux composantes de la douleur :

- sensori-discriminative : via les cortex somesthésiques primaires et secondaires,
- Affectivo-émotionnelle : via le système limbique (CSA, régions insulaires)

4. LES DIFFERENTES TECHNIQUES UTILISEES :

L'hypnose s'est montrée efficace pour modifier la composante émotionnelle (dramatisation) de la douleur, et faire varier les seuils de perceptions.

Contrairement aux médicaments elle n'agit pas en supprimant des sensations, mais en ajoutant un contexte qui permet une modification des sensations douloureuses.

Les suggestions d'analgésie constituent la technique la plus efficace, elles sont centrées autour de la dimension affective de la douleur, ou de sa dimension sensorielle.

On peut relever trois types de suggestions, concernant la douleur :

- 4.1 Les suggestions de dissociation :
Elles consistent à demander au patient de ne pas ressentir certaines parties de son corps, ou simplement de laisser une partie de son corps ici, et de partir ailleurs.
- 4.2 Les suggestions centrées sur l'analgésie ou sur une substitution sensorielle :
Le but étant de remplacer la sensation douloureuse par une sensation cotonneuse, ou de chaleur, ou d'analgésie complète.
- 4.3 Les suggestions axées autour de la réinterprétation de la sensation douloureuse :
Elles ont pour objectif de diminuer le côté déplaisant ou diminuer l'intensité de la douleur. (19)

Exemples de suggestions d'analgésie :

- a) *L'anesthésie, l'analgésie* : amène la disparition de la douleur, sans abolition de la sensibilité tactile, ni kinesthésique.

- b) *Le Fractionnement* : diminution de l'intensité de la sensation douloureuse.
- c) *La Substitution sensorielle* : suggestion qui tend à remplacer les sensations douloureuses par d'autres sensations plus acceptables.
- d) *La Dissociation* : consiste à séparer le corps de l'esprit.
- e) *Le déplacement* : déplacer la localisation de la douleur ; si elle peut changer de place elle peut aussi changer dans ses autres dimensions.
- f) *L'Amnésie* : l'oubli des douleurs passées permet de porter son attention sur autre chose.
- g) *La Désorientation Corporelle* : Le but est d'induire une diminution progressive de la réactivité du patient à sa douleur.
- h) *La Distorsion temporelle* : Le but est de réduire la période des moments douloureux.
- i) *La Prolongation de l'Effet Thérapeutique* : effet qui dure grâce à des suggestions post-hypnotiques.
- j) *La Réification du Symptôme* : transformation de la douleur en une chose, un objet dont le patient pourra se débarrasser, ou atténuer.
- k) *La Main* : utilisée pour obtenir des paresthésies ou anesthésies en gant.
- l) *L'Auto-Hypnose* : rendre le patient autonome. (24)

-Le thérapeute possède différents outils à sa portée, qu'il choisit en fonction de son appréciation clinique et qui s'adaptent le mieux aux besoins du patient.

Selon *J.M BENHAEIM*, la prise en charge des patients douloureux passe par :

- la réduction du contrôle, système de défense qui impose une rigidité et qui rend tout changement impossible.

- la modification des habitudes, des rituels de vie, instaurés depuis le début de la douleur.

-Permettre au patient de s'installer dans la réalité du moment pour intégrer, accepter la douleur et instaurer ainsi un changement.

-Etre acteur : le but étant de visualiser les difficultés, et par l'intermédiaire de l'imagination, agir pour les modifier. (Rappelons qu'en hypnose, faire et imaginer faire, active les mêmes zones corticales cérébrales). (19)

En douleur chronique, l'approche la plus adaptée reste le modèle holistique.

L'équipe de *M FAYMONVILLE*, au travers d'une étude récente, montre que l'hypnose fait partie intégrante de ce mode de prise en charge.

Elle a publié les résultats du modèle qu'elle applique dans la prise en charge des patients douloureux chroniques.

Cette étude concerne 527 patients douloureux chroniques depuis en moyenne 10 ans. Ils bénéficient de 20 séances d'hypnose sur 9 mois (dont 6 d'apprentissage et d'autohypnose).

10 séances ont été la norme quelle que soit la douleur chronique, avec des bénéfices au long court après 7 séances. (67)

La pratique de l'autohypnose est centrale en douleur chronique.

Les études montrent que ce qui va être notablement amélioré est le tableau clinique global des patients en termes de qualité de vie, diminution de la pénibilité liée à la douleur, bien plus que le « simple » niveau de perception de la douleur.

La littérature scientifique est unanime sur le fait que l'avantage de l'hypnose ne se situe pas tant dans une amélioration de la façon dont de la perception douloureuse est plus ou moins présente, mais dans la diminution de la charge négative associée à la douleur dans la vie du patient.

Ainsi une diminution de la perception douloureuse de 30% est devenue une référence, avec une composante importante sur les éléments de pénibilité associés à la perception douloureuse. (68) (69)

5. CHAMPS D'APPLICATION DE L'HYPNOSE DANS LA DOULEUR CHRONIQUE.

L'hypnose concerne de nos jours de nombreux domaines dans la pratique médicale. Les demandes de prise en charge et les indications sont nombreuses :

Rhumatologie	Rhumatisme inflammatoire, dorsolombalgies...
Gynéco-obstétrique	Préparation à l'accouchement
Chirurgie Dentaire	Contrôle du saignement, gestion de la douleur
Oncologie	Contrôle de la douleur, effets secondaires des traitements, gestion angoisse.
Dermatologie/ Pneumologie	Psoriasis, rhinite, eczéma, asthme...
Psychosomatique	Contrôle HTA, migraines, douleur abdominales...
Psychiatrie	Addictologie, syndrome anxio-dépressif, troubles du sommeil, troubles du comportement alimentaire, phobies...
Chirurgie	Anesthésie, contrôle de la douleur post opératoire, vitesse de cicatrisation, diminution hospitalisation...

Tableau n°4 : Les Domaines d'application de l'hypnose dans la douleur chronique.

(Liste non exhaustive).

De nombreuses études ont porté sur la gestion de la douleur aiguë, en particulier la pratique de l'hypnose dans le cadre de la prévention et de la gestion des douleurs provoquées par les soins, qui possèdent un niveau de preuve scientifique indiscutable. (70) (71)

Dans le cadre de la douleur chronique, le recours à l'hypnose a fait de nombreuses avancées, ces vingt dernières années.

-En 2015, **l'INSERM** a publié un rapport qui a pour but d'évaluer l'efficacité de la pratique de l'hypnose, et notamment en hypnoalgésie. Ce rapport regroupe une vingtaine d'études cliniques (incluant plus de 100 sujets) ainsi que des revues de la littérature réalisées par la fondation Cochrane. (55)

Les résultats montrent que l'hypnose a un intérêt thérapeutique potentiel notamment en anesthésie per-opératoire et dans la colopathie fonctionnelle.

-La Société Française d'Hypnose mentionne des indications, dans le cadre de la prise en charge des douleurs chroniques :

-NEUROLOGIQUE : Céphalées, migraines, paralysie faciale à frigore.

-ORL et PNEUMOLOGIE : acouphènes, sinusite chronique, hyperacousie, douleur temporo-mandibulaire, rhinite allergique, asthme.

-GASTROENTEROLOGIE : Gastrite chronique, MICI, colopathie fonctionnelle, colite, dyspepsie.

-GYNECO-OBSTETRIQUE : grossesse à risque, vomissements gestationnels.

-DERMATOLOGIQUE : psoriasis, eczéma, urticaires cicatrisation brûlures.

-RHUMATOLOGIE : dorso-lombalgies, fibromyalgies, algodystrophie.

-ONCOLOGIE. (72)

La HAS (Haute Autorité de Santé) évoque l'utilisation de l'hypnose dans différentes recommandations de bonnes pratiques :

-Prise en charge de la douleur aiguë, en ambulatoire, de l'enfant de 1 mois à 15 ans, en complément des antalgiques.

-Pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde, « l'efficacité de l'hypnose n'apparaît pas spécifiquement démontrée, au vu des données actuelles de la littérature ».

-Pour le syndrome fibromyalgique de l'adulte, elle indique que l'intérêt de l'hypnose a été suffisamment démontré, mais les recommandations américaines et anglaises la proposent en deuxième intention de prise en charge. (1)

L'Académie Nationale de Médecine, dans son rapport sur les thérapies complémentaires de Mars 2013, met en avant l'intérêt de l'hypnose dans la douleur aigue chez l'enfant et l'adolescent, et les effets secondaires des chimiothérapies. (73).

En pratique, l'utilisation de l'hypnose peut s'appliquer à tous les types de douleurs chroniques.

6. LES CONTRE-INDICATIONS A L'HYPNOSE

Les contre indications retrouvées dans la littérature sont : les pathologies psychotiques, notamment la schizophrénie, les psychoses en phase aiguë, les personnes atteintes de troubles mentaux sévères.

Les effets secondaires possiblement rencontrés après une séance peuvent être : vertiges, céphalées modérées, anxiété. (31)

7. DEVELOPPEMENT DE L'HYPNOSE A L'HOPITAL

La formation en hypnose est hétérogène, il existe des formations universitaires : DU (Diplôme Universitaire), DIU (Diplôme Inter Universitaire, DESU (Diplôme d'Etudes Supérieures Universitaires), et des formations associatives et privées, certaines réservées aux professions médicales, d'autres ouvertes à des non professionnels de santé.

Il est important de rappeler qu'il n'existe pas de texte légal interdisant la pratique de ces formations ouvertes à un large public.

Cependant des organismes comme l'IFH (Institut Français d'Hypnose) ou la CFHTB (Confédération Française d'Hypnose et de Thérapie Brève) 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.

Les associations et instituts membres de la CFHTB s'engagent à respecter un code éthique, cette confédération regroupe notamment :

-L'institut Emergence, qui est évalué de manière favorable par l'organisme de gestion du développement professionnel continu (OGDPC).

-Les instituts Milton Erickson.

Bien que majoritairement proposée par les professionnels de santé libéraux, de plus en plus de structures hospitalières intègrent la pratique de l'hypnose dans leur système de soins.

En région PACA, ont été recensés 8 établissements proposant un recours à l'hypnose. (CH AIX, polyclinique Urbain V à Avignon, CHI de Fréjus, CHU de Nice, APHM, CH de Salon de Provence, Institut Sainte Catherine à Avignon, Hôpital de Martigues).

Dont :

- 5 centres d'évaluation et de traitement de la douleur : CH Aix, polyclinique Urbain V à Avignon, CHI Fréjus, CHU de Nice et APHM hôpital de la Timone, à Marseille ; ou l'Hypnose était proposée par des médecins.

- 2 services de cancérologie/soins palliatifs (C de Salon de Provence, institut Sainte Catherine à Avignon). (74)

- 1 service d'anesthésie (hôpital de Martigues)

PARTIE II - ETUDE OBSERVATIONNELLE DESCRIPTIVE QUANTITATIVE SUR LA FREQUENCE DU RECOURS A L'HYPNOSE DANS LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS CHRONIQUES EN MEDECINE GENERALE

I - CADRE DE L'ETUDE

La douleur chronique représente un motif fréquent de consultation en Médecine Générale, avec environ 10 consultations par an et par patient. Le médecin généraliste se trouve au cœur du réseau de soins et en première ligne avec le patient, et coordonne la prise en charge thérapeutique, le suivi et le parcours de soins.

La prise en charge de ces pathologies en médecine de ville est complexe ; tant sur le plan individuel (patient-thérapeute) que sur le plan collectif (impact socio-économique important).

En effet la douleur chronique est un syndrome multidimensionnel complexe, mettant en jeu des mécanismes spécifiques neurophysiologiques, psychologiques et comportementaux propre à chaque patient.

Elle s'inscrit également dans une approche pluridisciplinaire, qui se heurte à des délais de consultations avec les spécialistes et les centres antidouleur de plus en plus importants.

Par ailleurs, on assiste, ces dernières années à une diffusion progressive de l'hypnose, dans le domaine médical. Bien que controversée, l'utilisation de l'hypnose en tant qu'outil thérapeutique, continue à faire ses preuves grâce au progrès récent de la recherche, notamment en neuro-imagerie fonctionnelle. (voir Partie I).

Dans de nombreux domaines et en particulier dans le domaine de la douleur, le recours à l'hypnose s'inscrit comme complément thérapeutique.

Le manque de travaux concernant le recours à l'hypnose dans la pathologie douloureuse chronique, par les médecins généralistes, a motivé la réalisation de cette étude.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la fréquence du recours à l'hypnose par les médecins généralistes dans le cadre des douleurs chroniques dans le département des Bouches du Rhône et ceux limitrophes.

Les objectifs secondaires étaient :

- Evaluer les connaissances des médecins généralistes sur l'hypnose médicale. (Définition, champs d'action).

- Evaluer la place qu'attribuent les médecins de ville à l'hypnose dans la prise en charge des patients douloureux chroniques.

(Délais d'utilisation, efficacité de l'outil thérapeutique)

- Définir les facteurs limitant l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur chronique.

- Etablir le profil des médecins adresseurs et non adresseurs à l'hypnose. (Âge, formation, lieux exercice, expérience personnelle de l'hypnose)

II - MATERIEL ET METHODE

1.Type d'étude

Une étude observationnelle descriptive quantitative a été menée afin de répondre à l'objectif principal et aux objectifs secondaires.

L'étude consistait en un questionnaire, adressé par courrier aux médecins généralistes installés en cabinet.

2 . Questionnaire

Le questionnaire a été rédigé par moi-même, relu et validé par mon directeur de thèse le Dr Pierre Geigle.

Le questionnaire se divisait principalement en trois parties. Il est repris en intégralité à **l'annexe n°1.**

Le questionnaire était adressé par courrier, au cabinet des médecins généralistes.

Les 8 premières questions interrogeaient les médecins généralistes sur la fréquence, le mode de prise en charge, et l'efficacité thérapeutique du réseau de soin de leurs patients douloureux chroniques.

La première question avait pour but d'exclure les médecins généralistes qui ne suivaient pas de patients douloureux chroniques.

N°1. *Dans votre patientèle, y-a-t-il des patients atteints de pathologies chroniques douloureuses ?*

OUI

NON

N°2. *Si oui, quelles sont les étiologies des pathologies chroniques douloureuses les plus fréquemment rencontrées*

-Neurologique (céphalées, neuropathie...)

-Post-Traumatique

-Rhumatologique (dorso-lombalgies chroniques, fibromyalgie, rhumatisme inflammatoire...)

-Post-infectieux

-Digestive (Troubles fonctionnels intestinaux, Maladie, inflammatoire Chronique de l'Intestin...)

-Oncologique

-Psychopathologique

-Iatrogène (Post-opératoire, radiothérapie...)

-Autres

N°3. *La douleur chronique est-elle un motif fréquent de consultation en médecine générale ?*

OUI

NON

N°4. *Au cours d'une journée, combien de patients vous consultent pour douleur chronique ?*

- <25%

- 50 à 75%

- 25 à 50%

- >75%

N°5. *De manière générale les patients sont-ils soulagés ?*

OUI

NON

N°6. Si non, quels sont le ou les motifs, les plus fréquemment rencontrés pouvant expliquer cet échec de prise en charge thérapeutique?

- Problème au niveau de l'organisation du réseau de soin
- Non compliance du patient
- Limitations des propositions thérapeutiques
- Comorbidités associées (dépression...)

N°7. Ou adressez-vous vos patients pour prise en charge spécialisée, si échec après prise en charge initiale ?

- Spécialiste
- Centre antidouleur
- psychologue /psychiatre
- Médecine alternative (acuponcture, ostéopathie, sophrologie, hypnose...)
- Autres.

N°8. Quel est le pourcentage de patients présentant une dépression traitée, associée à leur pathologie ?

- | | |
|------------|-----------|
| - <25% | -50 à 75% |
| - 25 à 50% | - >75% |

La deuxième partie du questionnaire portait sur les connaissances des médecins sur l'hypnose médicale, la place qu'ils attribuaient à l'hypnose dans le parcours de soins, et les effets thérapeutiques observés.

N°9. Avez-vous déjà entendu parler d'hypnose médicale ?

OUI

NON

N°10. a) Si oui, connaissez-vous les champs d'action applicables à l'hypnose dans le domaine médical ?

OUI

NON

b) Si oui, dans quels domaines pensez-vous que l'hypnose puisse intervenir ?

- Addictologie
- Psychopathologie
- Anesthésie
- Douleur Aigue
- Douleur chronique
- Médecine Générale
- Gynécologie-Obstétrique
- Chirurgie Dentaire
- Urgences
- Toutes spécialités confondues

N°11. Selon vous, l'hypnose médicale s'apparente à :

- Un état modifié de conscience
- Un état psychique non clairement défini ou étudié
- Un phénomène de mode
- Un outil thérapeutique
- Un effet placebo
- Du charlatanisme

N°12. a) Avez-vous déjà proposé ou orienté un patient douloureux chronique vers une prise en charge thérapeutique par l'hypnose médicale ?

- Oui, vous y avez pensé par vous-même
- Oui, après demande de la part du patient.
- Fréquemment
- Rarement
- Non

b) Si oui, à quel moment de la prise en charge thérapeutique l'hypnose intervient-elle ?

- Au début de la prise en charge
- Rapidement dans l'escalade thérapeutique
- Après plusieurs échecs thérapeutiques successifs
- En dernier recours
- Ca dépend

c) *Au bout de combien de temps de prise en charge adressez-vous les patients vers un hypnothérapeute ?*

- 0-6 mois
- 6-12 mois
- 12-18 mois
- 18-24 mois
- >24 mois

d) *Si non, pour quelle(s) raison(s) ?*

- Ethique/médicale (Pas d'indication dans la prise en charge de ces pathologies).*
- Financières (cout trop élevé pour le patient)*
- Patient opposé aux pratiques non conventionnelles.*
- Manque d'information sur l'hypnose médicale*
- Absence de réseau connu*
- Vous n'y avez pas pensé.*

N°13. a) *De manière générale les patients ont-ils été soulagés ?*

OUI NON

b) *Si oui, quels ont été le ou les objectifs thérapeutiques atteints ?*

- Amélioration de la qualité de vie*
- Reprise des activités de la vie quotidienne*
- Reprise du travail*
- Diminution des comorbidités associées (dépression, autre...)*
- EVA<3*

N°14. *Un patient vous a-t-il déjà demandé d'avoir recours à l'hypnose médicale ?*

OUI NON

N°15. *Connaissez-vous un médecin hypnothérapeute, dans votre secteur d'exercice médical ?*

OUI NON

N°16. *Que représente pour vous l'hypnose médicale, dans la prise en charge thérapeutique de ces patients douloureux chroniques ?*

-Une alternative thérapeutique

-Une solution éventuelle pour la gestion de leur pathologie et de leur souffrance.

-Un espoir pour le patient

-Un danger potentiel

-N'a pas sa place dans la prise en charge de ces pathologies et de ces patients.

N°17. *Avez-vous déjà eu une expérience personnelle de l'hypnose ?*

OUI

NON

La troisième partie du questionnaire consistait en la description des profils des médecins généralistes adresseurs et non adresseurs à l'hypnose médicale.

N°18. *Etes-vous :*

-Un homme

-Une femme

N°19. *Dans quelle tranche d'Age vous situez-vous ?*

-30-40 ans

-40-50 ans

-50-60 ans

-> 60 ans.

N°20. *Où exercez-vous ?*

-Ville

-Campagne

-Semi-rural

-Cabinet

-Hôpital/clinique/ autre structure

N°21. Avez-vous suivi une formation complémentaire (DU, DIU, DESC, autre formation), en plus de la médecine générale ?

-OUI

-NON

3. Recrutement des médecins :

3.1 Critères d'inclusion :

-Médecins généralistes exerçant la médecine générale en cabinet dans la région PACA.

-Médecins généralistes suivant des patients douloureux chroniques.

3.2 Critères de non inclusion :

-Médecins généralistes exerçant exclusivement à l'hôpital, en clinique, ou autres structures médicales.

-Médecins généralistes n'exerçant pas la médecine générale.

3.3 Période de recrutement

Le recrutement c'est-à-dire l'envoi des questionnaires, a eu lieu du premier novembre 2016 au trente et un Janvier 2017.

3.4 Réalisation de l'étude

Le questionnaire était adressé par courrier, au cabinet des médecins généralistes de différentes villes (voir Annexe N°2) des départements des Bouches du Rhône, du Var, des Alpes de Hautes Provence, des Hautes Alpes et du Vaucluse, référencés sur le site internet des pages jaunes.

Le questionnaire était accompagné d'un court argumentaire sur mon travail :

« Madame, Monsieur

Je suis interne en Médecine Générale, en 4ème semestre, à la Faculté de Médecine d'Aix-Marseille.

Je mène une étude, dans le cadre de ma thèse, sur le recours à l'Hypnose médicale dans la prise en charge des douleurs chroniques en Médecine Générale.

Accepteriez-vous de remplir un questionnaire, RAPIDE (< 3 minutes) et ANONYME, et contribuer ainsi à l'élaboration de ce projet ?

En vous remerciant sincèrement pour votre participation. »

Les médecins recevaient un courrier contenant le questionnaire, le mot d'accompagnement, une enveloppe timbrée avec mon adresse.

4. Recueil des données.

Les questionnaires m'ont été retournés, par les médecins généralistes, de façon anonyme entre le 20 novembre et fin février 2017.

5. Analyses des données

L'approche de la gestion des douleurs chroniques en médecine de ville, les connaissances des médecins généralistes sur l'hypnose, la place qu'ils lui attribuent dans le parcours de soins, et les caractéristiques démographiques, personnelles et professionnelles des médecins interrogées, ont été étudiées.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec l'aide du DR MANCINI, du service de BIOSTATISTIQUE du PR GIORGI, de l'hôpital de la Timone, CHU de Marseille.

Les données qualitatives sont présentées sous forme d'effectifs (%).

La comparaison entre les sous-groupes a été réalisée à l'aide de tests du χ^2 ou de tests exacts de Fisher (selon les conditions d'application de ces tests) pour ces variables qualitatives.

Toutes les analyses ont été réalisées avec IBM SPSS Statistics 20.0 (IBM Inc., New York, USA). Des valeurs du degré de significativité p inférieures à 0,05 étaient considérées statistiquement significatives pour les tests bilatéraux utilisés.

III – RESULTATS

650 questionnaires, ont été envoyés par courrier au cabinet des médecins généralistes.

Parmi ces professionnels, 361, n'ont pas retourné le questionnaire, 12 lettres comprenant les questionnaires m'ont été renvoyées par la poste pour adresse non valide ou destinataire inconnu à cette adresse.

Soit un taux de réponse de 53%.

Donc : 349 médecins ont rempli et ont retourné les questionnaires, 2 ont été exclus, car n'avaient pas de patient douloureux chroniques dans leur patientèle.

Au total : 347 médecins généralistes ont été inclus dans l'étude.

1. Données sociodémographiques et professionnelles des médecins généralistes.

1.1 Genre

On retrouve une prédominance masculine dans notre enquête.

	Hommes	Femmes
nombre	226	121
%	65	35

Tableau n°5 : Répartition des effectifs en fonction du genre

1.2 Age

On note une prédominance de la tranche d'âge 50-60 ans. Il n'est pas possible de préciser la moyenne d'âge, les réponses étant données en tranche d'âge.

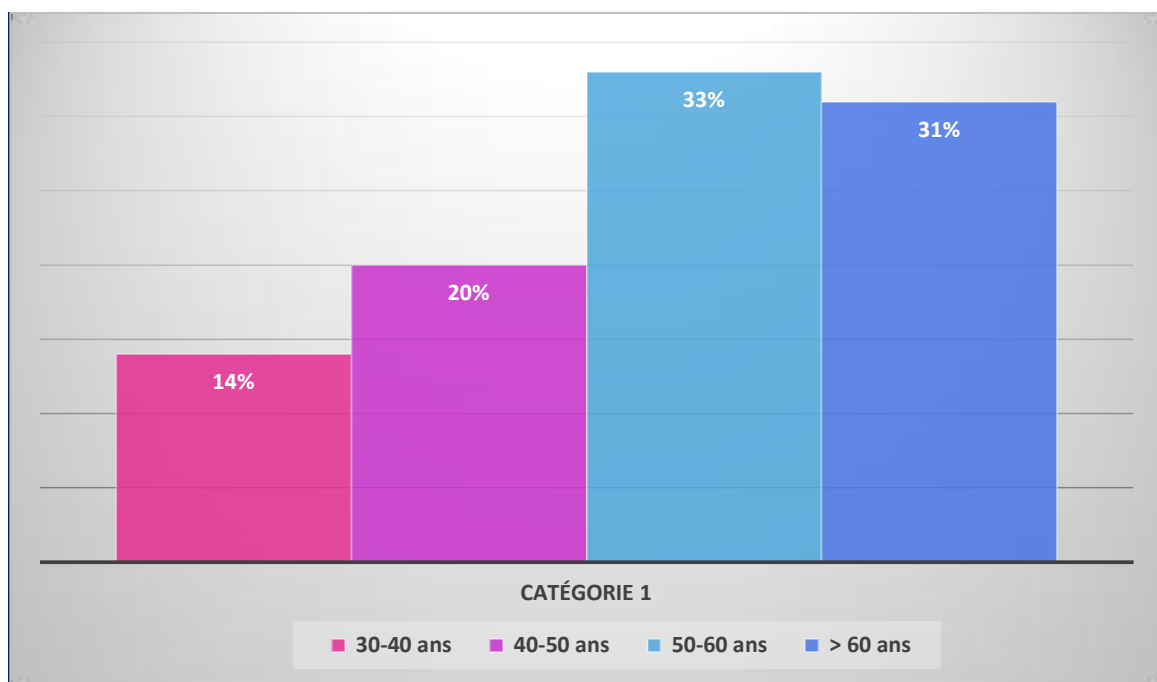


Figure n°18 : Histogramme représentant la répartition en tranche d'âge en années.

1.3 Lieux d'exercice professionnel

On note une prédominance d'exercice en cabinet et en ville.

Ville	68%
Semi-rural	30%
Campagne	2%
Cabinet	35%
Hôpital/clinique + cabinet	3%

Tableau n°6 : Répartition des effectifs en fonction du lieu d'exercice.

1.4 Formations complémentaires (DU, DIU, DESC, autres formations)

61% des médecins avaient une ou plusieurs formations complémentaires en plus de la médecine générale.

Seules les formations les plus fréquemment retrouvées ont été répertoriées, à savoir :

-Médecines Alternatives, autre que l'hypnose (acupuncture, sophrologie, ostéopathie...) :17 %

-Médecine d'Urgence : 7 %

-Capacité de Gériatrie : 12 %

-Gynécologie : 5 %

-Autres : 28% (dont notamment infectiologie, médecine hyperbare, pédiatrie, médecine du sport...)

Total<100 car réponses manquantes (plusieurs médecins n'ont pas précisé leurs formations.)

2. Approche de la prise en charge des douleurs chroniques en médecine de ville :

2.1 Pathologies chroniques rencontrées :

347 médecins sur 349 (soit 99%) ont dans leur patientèle des patients atteints de pathologies chroniques douloureuses.

Les pathologies chroniques les plus fréquemment rencontrées par les médecins en cabinet étaient, par ordre décroissant, d'origine :

Rhumatologique pour 98%, Neurologique pour 82%, Oncologique pour 41%, Psychopathologique pour 37%, Post-traumatique pour 35%, Iatrogène pour 16%, et Post-infectieux pour 6%.

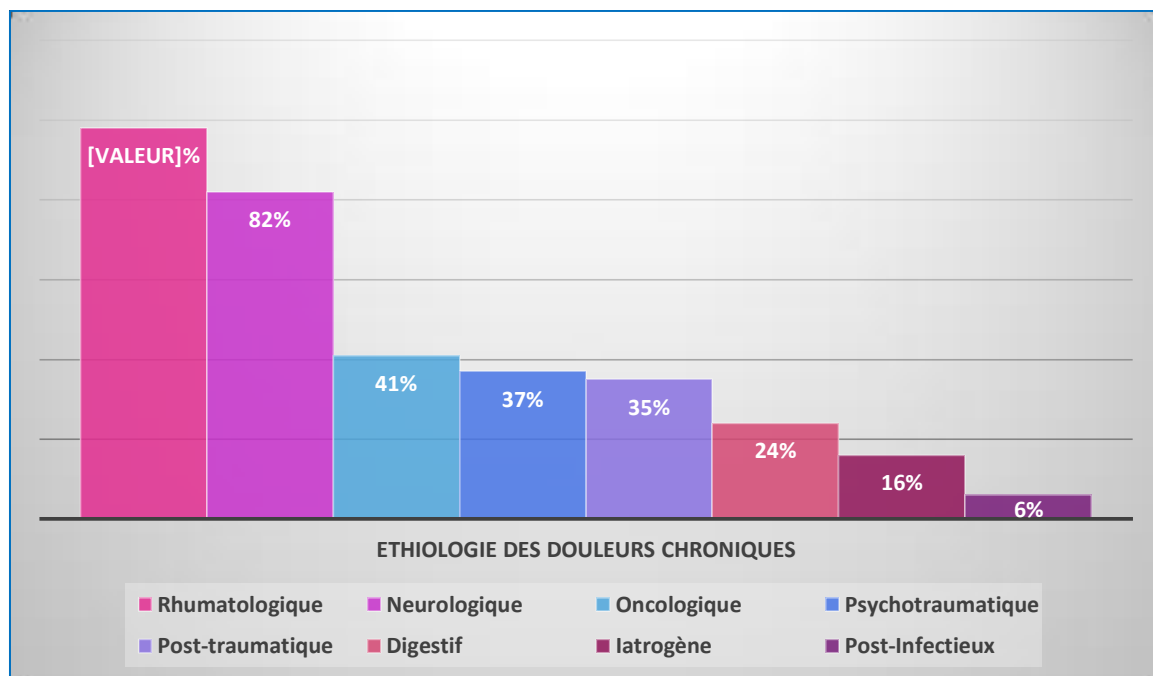


Figure n°19 : Histogramme des pathologies douloureuses chroniques les plus fréquemment rencontrées en médecine générale.

Total supérieur à 100 car plusieurs réponses possibles

2.2 Facteurs liés à l'échec de prise en charge thérapeutique

Près de 80% des médecins interrogés estiment que les patients qui consultent pour douleurs chroniques représentent moins d'1/4 de leurs consultations journalières, et pour 20% des médecins entre 1/4 et la moitié de leur consultation sur la journée sont dédiées aux prises en charges de ces pathologies.

Mais pour 90% des médecins interrogés la douleur chronique reste un motif fréquent de consultation en médecine générale.

Cinquante-quatre pourcent des médecins pensent que la prise en charge de ces pathologies sur le plan antalgique est satisfaisante, contre 46%, pour qui, les patients ne sont pas soulagés de manière générale.

Les motifs les plus fréquemment rencontrés qui peuvent en partie, expliquer l'échec de prise en charge thérapeutique, pour 46% des médecins sont : les comorbidités associées à la pathologie (72%), les limitations des propositions thérapeutiques (67%), la non compliance du patient (36%), l'errance médicale (24%) et les difficultés rencontrés au niveau de l'organisation du réseau de soins (9%).

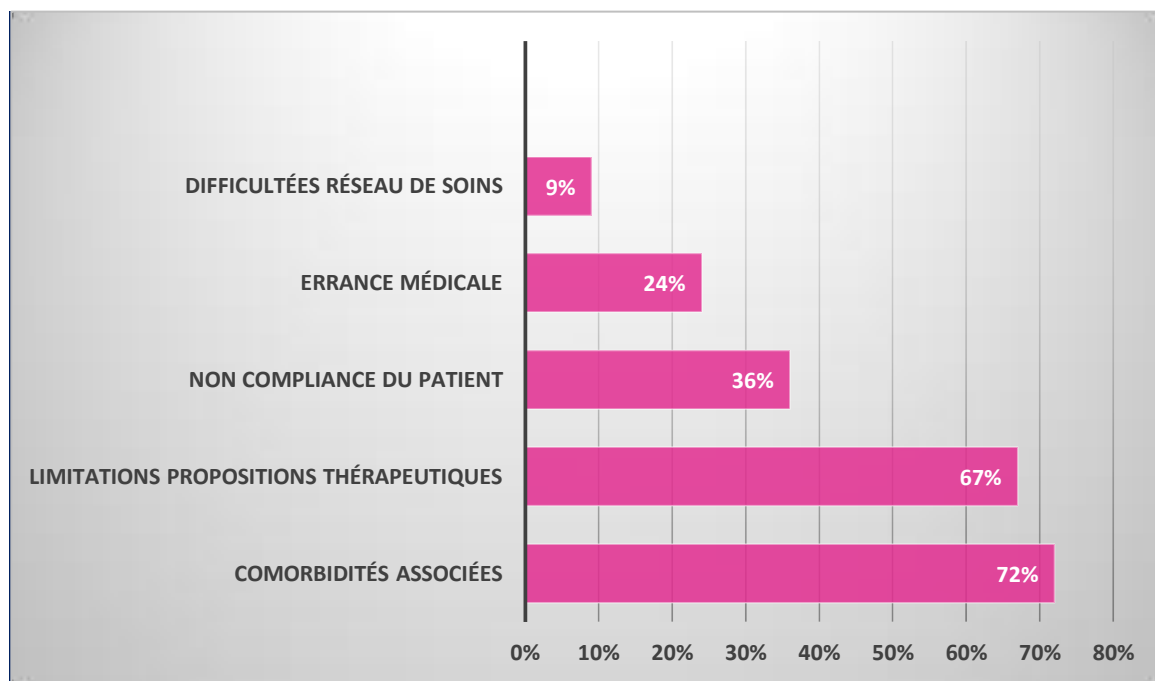


Figure n°20 : Histogramme représentant les motifs rencontrés liés à l'échec de prise en charge thérapeutique.

Total supérieur à 100 car plusieurs réponses possibles

2.3 Intervenants dans le parcours de soins

Après un premier échec thérapeutique, les médecins orientent leurs patients, pour avis et prise en charge vers : un centre antidouleur (78%), un spécialiste (64%), recours aux médecines alternatives (Acupuncture, ostéopathie, sophrologie, hypnose...) (40%), vers un psychiatre ou psychologue (22%).

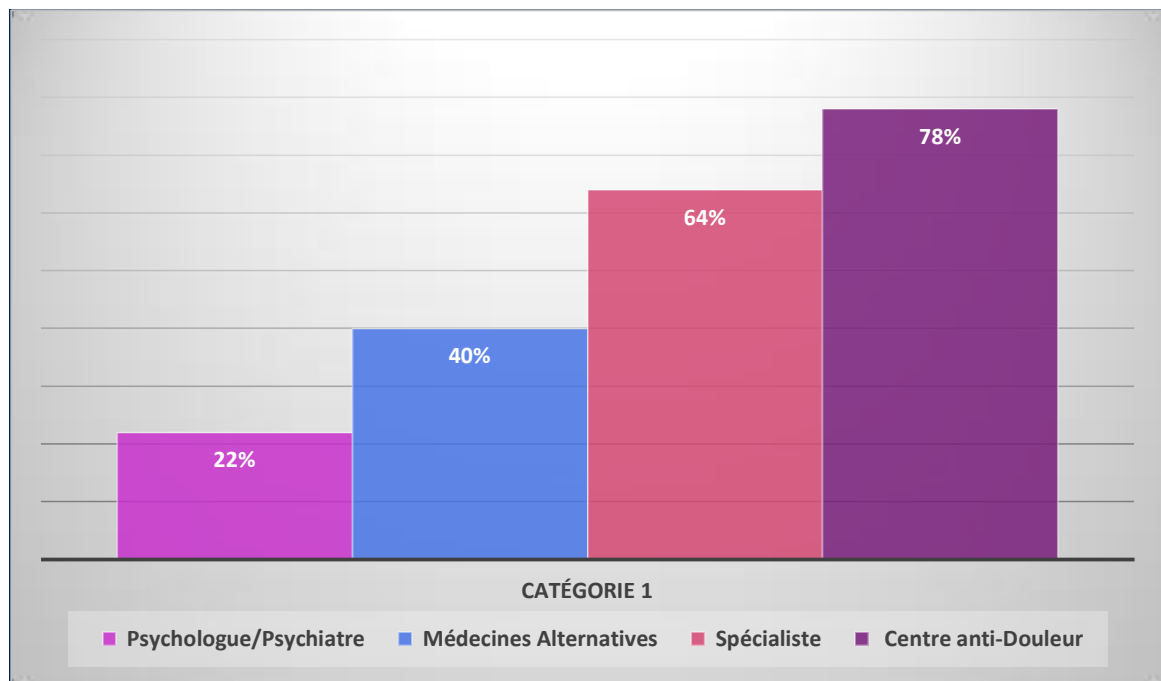


Figure n°21. Histogramme représentant la fréquence d'adressage après échec de prise en charge initiale.

2.4 Comorbidités associées

La moitié des médecins interrogés estiment que moins de 1 patient sur 4 présente une dépression traitée associée à leurs pathologies chroniques.

Près de 40% des médecins pensent qu'entre $\frac{1}{4}$ et la moitié de leurs patients sont concernés par un syndrome dépressif,

Et pour 10% la dépression traitée touche plus de la moitié des patients.

3. Objectif Principal : Fréquence du recours à l'hypnose.

Cinquante-trois pourcent des médecins interrogés ont déjà proposé à un de leur patient suivi pour une pathologie douloureuse chronique, un recours à l'hypnothérapie, dont 17% rarement et <2% de manière fréquente.

-> **75%** d'entre eux, ont orienté vers une prise en charge par l'hypnose de façon spontanée,

->**25%** après une demande de la part du patient.

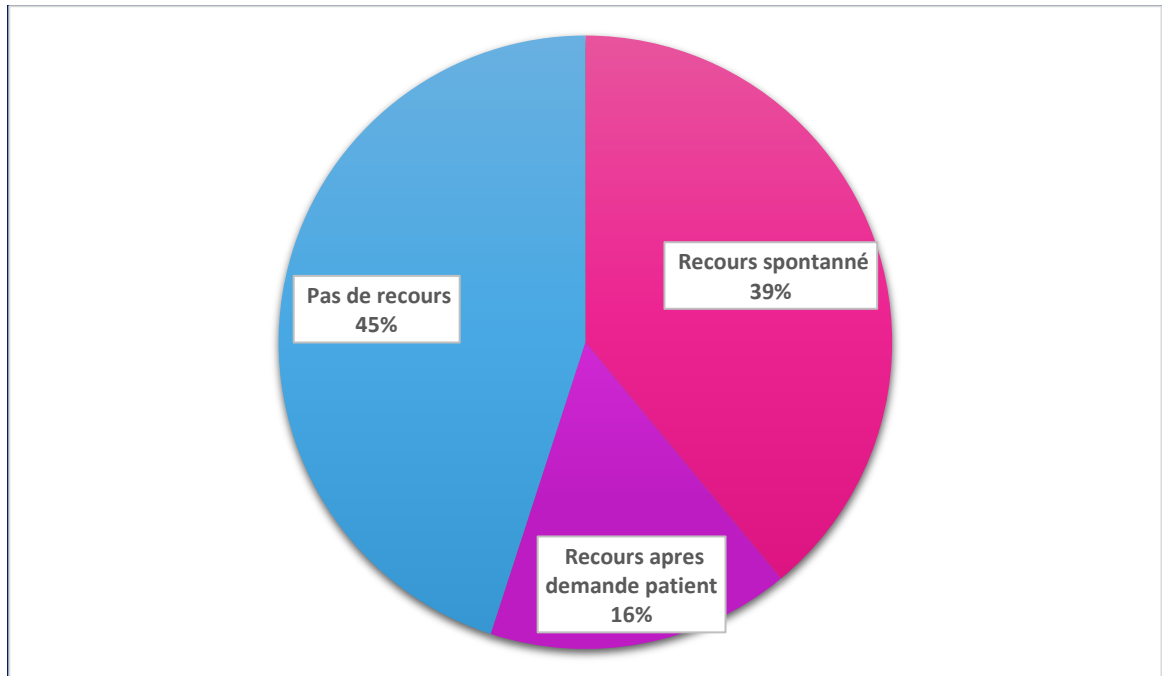


Figure n°22. Diagramme représentant la fréquence du recours à l'hypnose dans la prise en charge des douleurs chroniques.

4. Connaissances des médecins généralistes sur l'hypnose médicale (Objectif secondaire) :

Quatre-vingt-quinze pourcent des médecins interrogés ont déjà entendu parler d'hypnose médicale.

Plus de la moitié d'entre eux (55%) pensent connaître les champs d'action applicables à l'hypnose dans le domaine médical :

- Quatre-vingt-un pourcent pensent que l'hypnose peut être utilisée dans la prise en charge de troubles psychopathologiques (phobies, dépression, troubles anxieux,...),

- Soixante-dix-huit pourcent dans le domaine de l'addictologie, et des douleurs chroniques,
- Cinquante-sept pourcent en anesthésie,
- Vingt-cinq pourcent en gynéco-obstétrique et chirurgie dentaire,
- Vingt pourcent dans la prise en charge des douleurs aiguës,
- Huit pourcent dans la pratique des urgences,
- Dix pourcent considèrent que l'hypnose peut être utilisée quelle que soit la spécialité médicale.

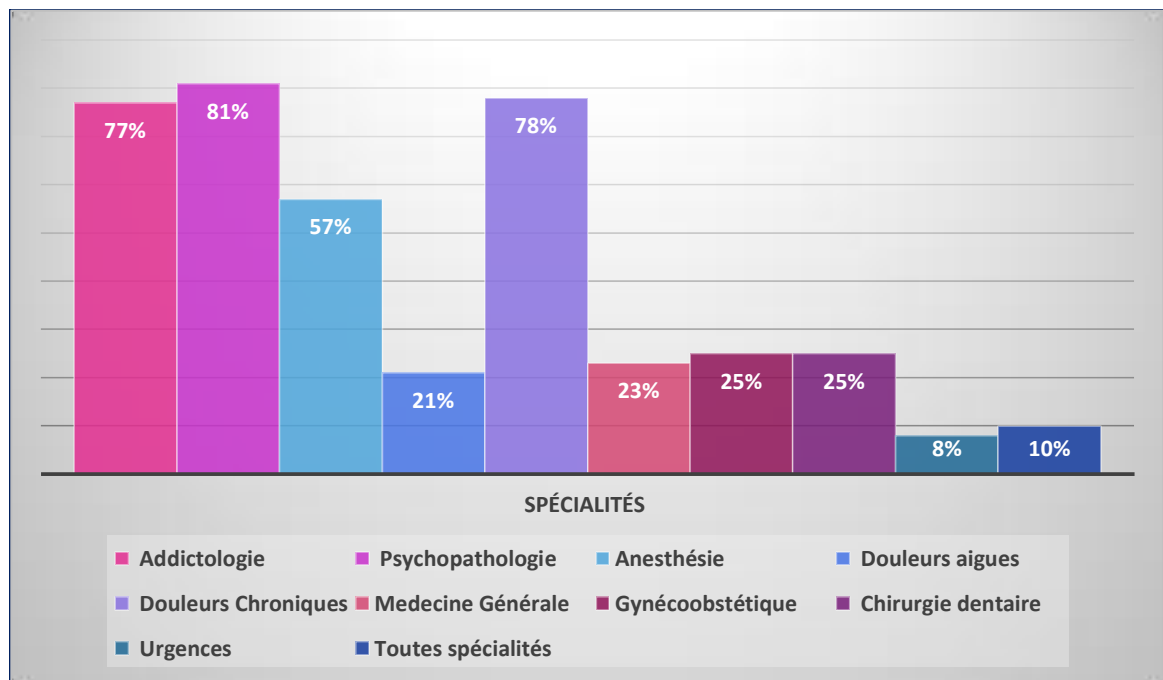


Figure n°23. Histogrammes des spécialités médicales concernées par la pratique de l'hypnose.

Total supérieur à 100 car plusieurs réponses possibles

Pour 70% des médecins, l'hypnose médicale est un état modifié de conscience.

70% considèrent l'hypnose comme un outil thérapeutique,

8% la caractérisent comme un état non clairement défini ou étudié,

7% comme un effet placebo.

12% c'est un phénomène de mode, et 2% l'apparente à du charlatanisme.

5. Place de l'hypnose dans le parcours de soin des douleurs chroniques en médecine générale (Objectif secondaire) :

5% des médecins proposent à leurs patients un recours à l'hypnothérapie, au début de la prise en charge et du suivi,

16% rapidement dans l'escalade thérapeutique,

66% après plusieurs échecs thérapeutiques successifs,

5% en dernier recours, et pour 8% c'est au cas par cas.

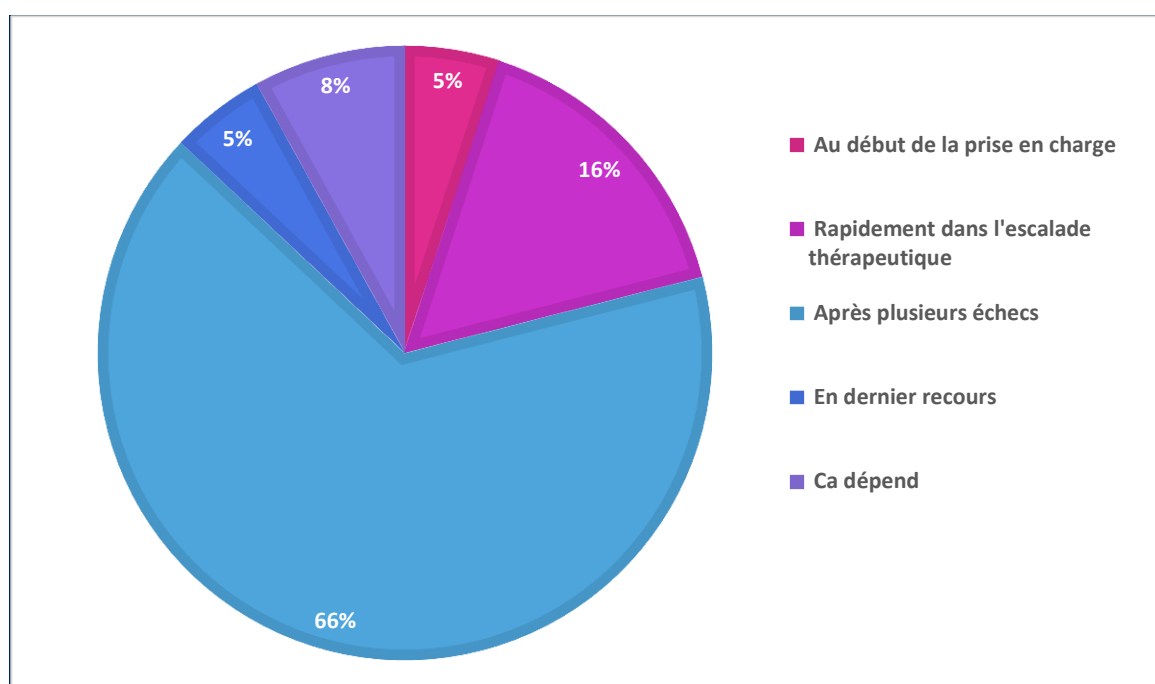


Figure n°24 : Diagramme représentant la place de l'Hypnose dans le parcours de soin.

37% des médecins adressent leurs patients à un hypnothérapeute, dans les 6 premiers mois de prise en charge,

43% entre 6 mois et 1an,

13% entre 1an et 1an et demi,

4% entre 1an et demi et 2 ans et 3% au-delà de 2 ans.

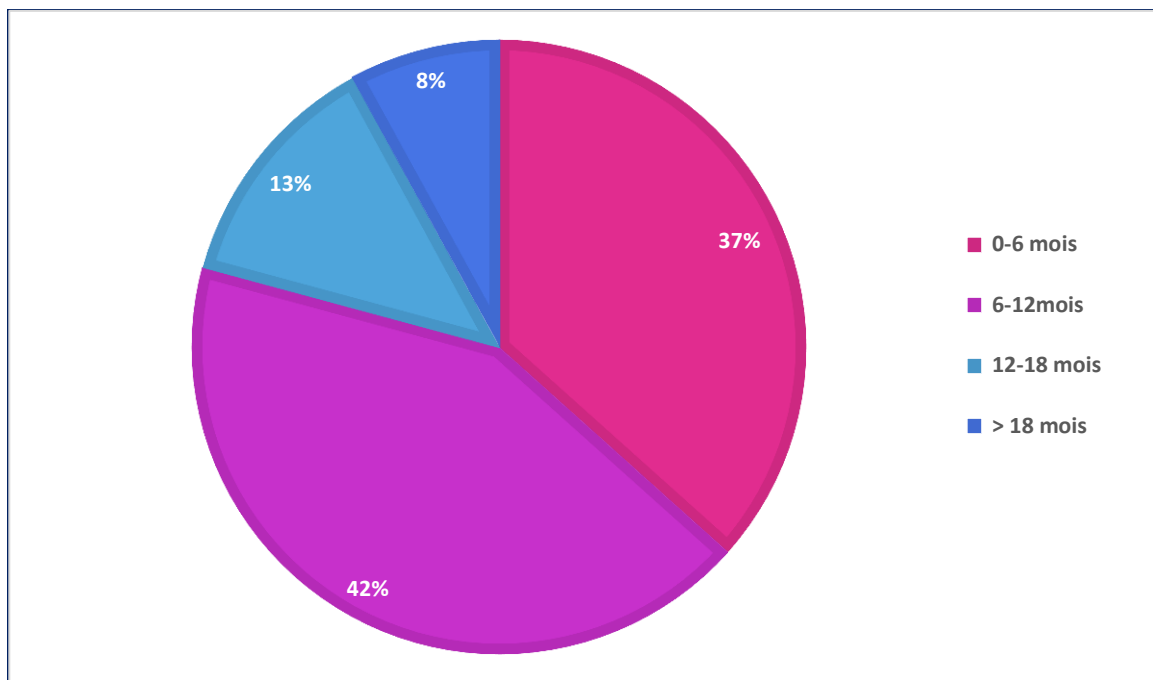


Figure n°25 : Diagramme représentant le délai de recours à l'hypnose.

Dans le cadre des pathologies douloureuses chroniques, l'hypnose représente, pour les médecins généralistes :

- Une alternative thérapeutique (68%),
- Une solution éventuelle pour la gestion de la pathologie sur le plan antalgique (63%),
- Un espoir pour le patient (32%)
- Un danger potentiel (2%),

3% des médecins estiment que l'hypnose n'a pas sa place dans la prise en charge des douleurs chroniques.

Pour 74% des médecins, les patients ayant bénéficié d'un recours à l'hypnose ont été soulagés de manière générale.

- 90% notent une amélioration de la qualité de vie,
- 34% une reprise des activités de la vie quotidienne,
- 15% une reprise de l'activité professionnelle,
- 46% une diminution des comorbidités associées à leur pathologie chronique (Dépression....)
- 15% une amélioration sur le plan antalgique, avec une EVA (Echelle Visuelle Analogique) < 3.

6. Facteurs limitants le recours à l'hypnose (Objectifs secondaires).

Les médecins ne proposent pas un recours à l'hypnothérapie :

- par manque d'information sur l'hypnose (37%),
- pour raisons financières (cout trop élevé pour le patient) (22%)
- par manque de réseau pour 12%.
- pour raisons éthique et médicale, 6% pensent qu'il n'y a pas d'indication dans la prise en charge des douleurs chroniques.
- patients opposés aux pratiques non conventionnelles (7%),
- 10% des médecins n'y ont simplement pas pensé.

60% des médecins ne connaissent pas de médecin hypno thérapeute dans le secteur d'activité professionnel.

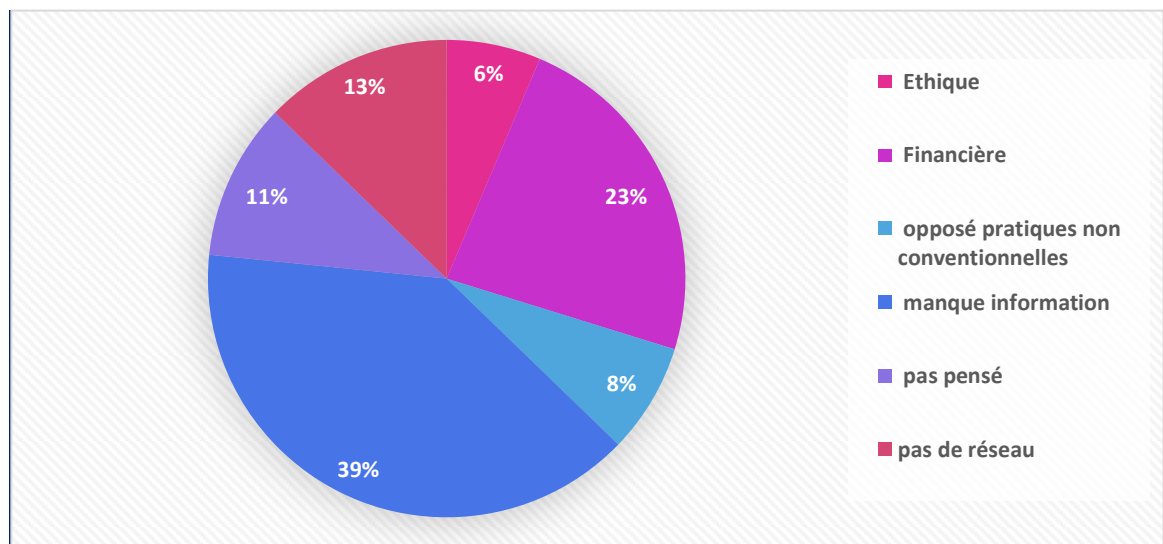


Figure n° 26 : Diagramme représentant les facteurs limitant l'utilisation à l'hypnose.

7. Profils des médecins adresseurs à l'hypnose.

7.1 En fonction du genre

Il n'y a pas de résultat significatif entre la fréquence de proposition de recours à l'hypnose et le sexe des médecins. Cependant il semble se dessiner une tendance : les femmes orienteraient davantage les patients à l'hypnose que les hommes, (59% contre 52%).

7.2 En fonction de l'âge

Il est intéressant de noter que les médecins entre 40-50 ans adresseraient davantage les patients à l'hypnose que les plus de 60 ans. Il n'y a pas de différence significative entre les différentes tranches d'âge.

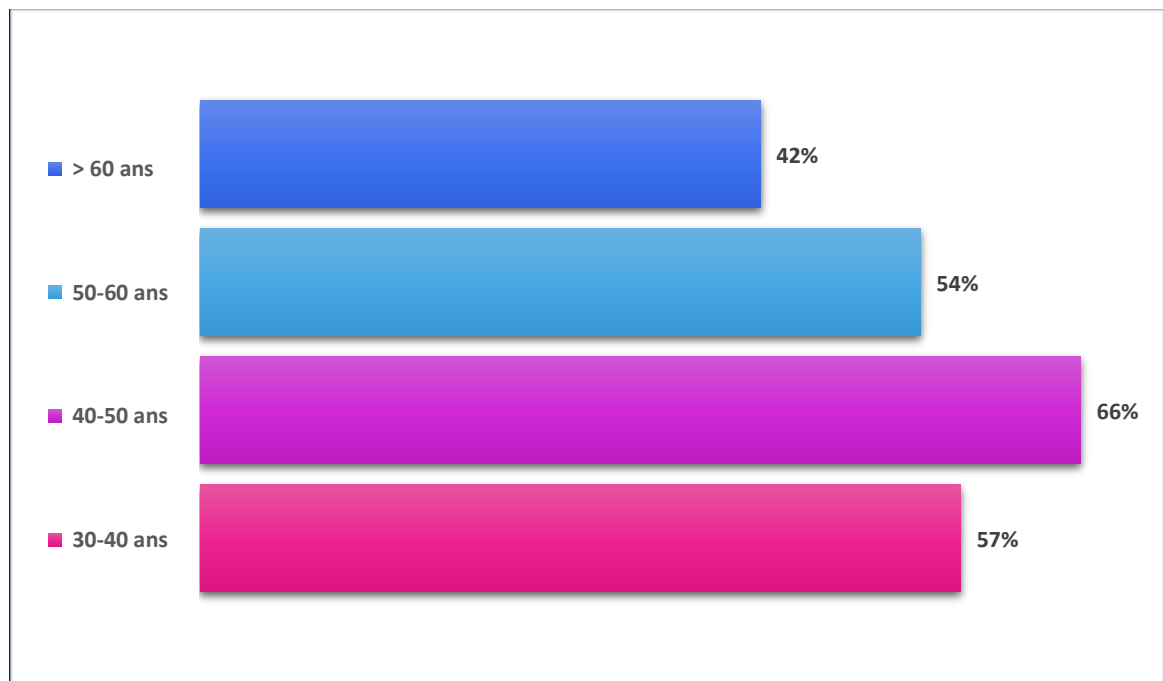


Figure n° 27 : Histogramme représentant la fréquence de recours en fonction de l'âge.

7.3 En fonction du lieu d'exercice professionnel

66% des médecins exerçant dans des zones semi-rurales ont déjà adressé un patient vers un hypnothérapeute, contre 51% en ville et seulement 33% pour les médecins installés dans les campagnes.

Il semblerait donc que les médecins travaillant en semi-rural adressent un nombre plus important de patient à l'hypnose que les autres, sans résultats statistiquement significatifs.

Près de 90 % des médecins dont l'activité est double (cabinet et hôpital /autres structures) ont déjà proposé un recours à l'hypnothérapie, (contre 51% avec activité libérale exclusive, $p=0,044$).

Il existe une différence significative en fonction du lieu d'exercice : en cabinet libéral et structures hospitalières ou cliniques.

7.4 En fonction des formations complémentaires effectuées

Les médecins qui ont des formations en plus de la médecine générale n'adressent pas davantage les patients à l'hypnose que les autres. (51% vs 56%, $p=0,40$). On remarque que les médecins formés aux thérapies alternatives, autre que l'hypnose ont une tendance de recours à l'hypnose plus importante que les autres médecins, cependant ce résultat est non significatif. (63%, vs 52%, $p=0,14$).

7.5 En fonction de leur propre expérience de l'hypnose

70% des médecins qui ont eu une expérience personnelle de l'hypnose, ont déjà proposé à leur patient l'hypnothérapie. (Vs 51%, $p=0,009$).

7.6 En fonction de leurs connaissances sur l'hypnose

Il existe une différence statistiquement significative entre les connaissances des médecins sur l'hypnose et la fréquence du recours à cette pratique.

En effet, 71% des médecins qui pensent connaître les champs d'application de l'hypnose dans le domaine médical, ont déjà orienté un patient vers un hypnothérapeute, (vs 35% qui ne connaissent pas, $p < 0,05 = 0,001$)

61% des médecins pour qui l'hypnose représente une alternative thérapeutique adressent (vs 44%, $p < 0,05 = 0,006$).

De même, notons que les médecins pour qui l'hypnose représente un état psychique non clairement défini (57% vs 43%, $p = 0,17$), ou une solution éventuelle sur le plan antalgique, ont tendance à moins adresser les patients, bien que les résultats soient non significatifs.

7.7 En fonction de la patientèle

Il n'y a pas de différence significative entre la fréquence de consultation pour douleur chronique au cabinet et la fréquence du recours à l'hypnose. Autrement dit les médecins dont une consultation sur quatre par jour, concerne la douleur chronique, n'adressent pas davantage les patients à l'hypnothérapeute que ceux pour qui moins d'1/4 des consultations sont dédiées à la prise en charge de la douleur. (57% vs 53%, $p = 0,587$).

75% des médecins qui ont déjà eu un patient souhaitant avoir recours à l'hypnose, ont proposé à leur patientèle l'hypnose comme alternative thérapeutique, Résultat significatif (75%, vs 32%, $p = 0,001$).

7.8 En fonction du parcours de soin

70% des médecins qui proposent une alternative thérapeutique par les médecines non conventionnelles (acupuncture, ostéopathie, sophrologie, hypnose..), en cas de non contrôle de la douleur après prise en charge initiale, ont déjà orienté un patient vers l'hypnothérapie. (70%, vs 44%, $p=0,001$)

Il est intéressant de préciser que 60% des médecins pour qui, l'échec de contrôle de la douleur pouvant, en partie, être expliqué par la limitation des propositions thérapeutiques, ont déjà proposé un recours à l'hypnose, bien que le résultat ne soit pas statistiquement significatif. (60% vs 51%, $p=0,279$).

De même que 58% des médecins dont les patients n'ont pas été soulagés de manière globale, ont déjà adressé un patient à l'hypnose (vs 51%, $p=0,211$), sans différence significative entre les 2 groupes.

Par ailleurs, 85% des médecins qui connaissent un médecin hypnothérapeute dans le secteur d'activité professionnelle, ont déjà proposé l'hypnose à un de leur patient. (Vs 35%, $p=0,0016$).

IV - DISCUSSION

1. Méthode

1.1 L'échantillonnage

Nous avons été confrontés à un nombre de réponses assez bas, en effet le taux de participation à l'enquête était de 53%. Les raisons de la non-participation à l'étude devaient probablement être : le manque de temps, de motivation, d'intérêt pour le sujet, la perte ou l'oubli de renvoi du questionnaire. Et indépendamment des médecins, les erreurs d'adresse (adresses inconnues ou non valables).

Les lieux concernés par l'envoi des questionnaires ont été choisis volontairement afin d'inclure une population hétérogène de médecins, sur les plans démographiques et médicaux. Cependant seuls les départements frontaliers aux bouches du Rhône ont été concernés par l'étude. Ce qui est susceptible d'induire un risque de biais de sélection.

1.2 Le questionnaire

L'enquête par questionnaire a paru être la meilleure solution. En effet, c'est une méthode simple et efficace pour étudier quantitativement les réponses et permettre d'inclure un nombre importants de médecins, en un temps limité.

Le mode d'envoi des questionnaires par courriers a été préféré à l'envoi par mail ou remis directement en main propre au cabinet des médecins. En plus de garantir l'anonymat, cette méthode nous a semblé plus personnelle et donc motivant davantage la réponse de la part des médecins.

Un nombre limité de questions était volontaire, une enquête plus longue aurait dissuadé de nombreux praticiens d'y participer. Cependant un nombre plus important de questions aurait permis d'apporter des informations plus précises, mais avec une participation probablement plus restreinte.

Des questions ouvertes numériques ou des questions ouvertes simples auraient pu être posées pour permettre une réponse libre et davantage de précision sur le plan statistique, mais pour faciliter les réponses et l'analyse, la plupart des questions sont fermées à choix unique ou multiples.

1.3 Représentativité de l'échantillon

D'après les données du DRESS (Direction des Recherches, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques) en 2016 : (75)

-En fonction du genre :

Genre	Région PACA	Notre étude
Homme	59%	65%
Femme	41%	35%

Tableau n°7 : Genre des médecins en région PACA, et dans notre étude.

-Concernant les tranches d'âge :

AGE	Région PACA	Notre étude
30-40 ans	12%	14%
40-50 ans	16%	20%
50-60 ans	35%	33%
>60 ans	28%	31%

Tableau n°8 : Age des médecins dans la région PACA et dans notre étude.

La tranche d'âge des moins 30 ans n'a pas été représentée, car concernait moins de 2% de la population française et de la région PACA. (75)

-Concernant le lieu d'exercice :

Lieu d'exercice	Région PACA	Notre étude
Zone urbaine	73%	68%
Zone semi-rurale	30%	17%
Zone rurale	8%	2%
Hôpital/Etablissements privés	15%	2%

Tableau n°9 : Démographie des médecins dans la région PACA et dans notre étude.

Comparativement aux données statistiques récentes de la démographie médicale en région PACA, (Ordre National des Médecins, Atlas de la démographie médicale dans les départements de la région PACA, et les données du DRESS) (75) (76), et des analyses statistiques, l'échantillon interrogé est représentatif de la population des médecins de la région PACA, pour les tranches d'âge et les secteurs d'activité (zones rurale, urbaine, semi-rurale).

Il faut noter que la proportion d'hommes est modérément plus importante dans l'étude, et que l'échantillon n'est pas représentatif de la population concernant le genre et les médecins libéraux, devant un taux d'abstention élevé à cet item dans le questionnaire.

Ceci dit, le caractère anonyme du questionnaire, l'intégration de plus de 300 médecins dans l'étude et un taux élevé d'exploitation des résultats (98%), sont en faveur d'une bonne fiabilité de nos résultats.

2. Résultats

2.1 Approche de la douleur chronique en médecine de ville

Le but de notre étude n'était pas d'étudier la prise en charge détaillée et le suivi des douleurs chroniques en médecine générale. Cependant s'intéresser à l'approche globale des douleurs chroniques en termes de prévalence, de parcours de soins permet de renseigner sur la démarche ainsi que les alternatives thérapeutiques utilisées et mises à la disposition des médecins généralistes, dont notamment le recours aux médecines alternatives.

Les états généraux de la douleur ont révélé que 1/3 de la population française souffre de douleurs chroniques, les séniors étant les plus touchés, chiffre estimé entre 15 et 25% selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (11)

La diversité des consultations en médecine générale expose à une confrontation quotidienne avec la plainte de la douleur. En effet, 99% des médecins interrogés ont dans leur patientèle des patients atteints de douleur chroniques, les pathologies les plus fréquemment rencontrées étaient à 98% d'origine rhumatologiques, à 82% neurologiques et en 3ème position oncologiques. Toutes les études retrouvent une prépondérance des pathologies d'origine ostéo –articulaire, dans la littérature. (77)

Près de 80% des médecins interrogés estiment que la douleur chronique concerne moins d'1 consultation /4 par jour, mais pour 90% d'entre eux elle reste un motif fréquent de consultation quotidienne ambulatoire.

Cette notion est également retrouvée dans la littérature, la douleur amène les patients à consulter le généraliste dans 65% des cas, contre 35% pour le spécialiste, en moyenne un patient douloureux consulte 10 fois /an son médecin généraliste pour un motif en rapport avec sa pathologie chronique. (7)

Les médecins généralistes sont au centre du réseau de soin et en première ligne face au patient, et donc directement confrontés aux difficultés rencontrées sur le plan organisationnel et thérapeutique.

Face à un échec thérapeutique après une prise en charge initiale, le centre anti douleur est la première structure vers qui les médecins généralistes interrogés se tournent (78%). Chiffre retrouvé par le Haut Conseil de la Santé Publique qui reprend dans la circulaire du 19.05.2011, que le médecin généraliste doit rétablir les liens avec les centres antidouleur pour avis diagnostique et mise au point de traitements mieux adaptés, après prise en charge inefficace.

Le recours aux médecines alternatives (40% des cas) arrive en 3ème position après le spécialiste.

La lutte contre la douleur est depuis quelques années une priorité de santé publique avec la mise en place de plusieurs programmes nationaux d'action. Malgré une volonté du ministère de la santé et des professionnels de mieux maîtriser la prise en charge de la douleur, cette dernière peut parfois être difficile à contrôler, de par son caractère complexe, multidimensionnel. En effet, près de la moitié des médecins interrogés (46%), estiment que les patients ne sont pas soulagés de manière satisfaisante.

Cet échec de prise en charge pouvait en parti être dû aux co morbidités associées telles que la dépression pour 72% des médecins, et à une limitation des propositions thérapeutiques pour 67% d'entre eux, favorisant probablement la non compliance et l'errance médicale de certains patients.

Il est intéressant de souligner que pour seulement 9% des médecins cet échec pouvait être lié à un problème organisationnel au sein du réseau de soin. Alors que dans la littérature les difficultés de communication avec les structures hospitalières et les spécialistes ainsi que les délais trop longs de consultation des centres antidouleur étaient souvent décrits. (78)

Par ailleurs, l'inefficacité et/ou les effets secondaires des traitements ont été retrouvés dans plusieurs études, et cette notion n'a pas été abordée dans notre enquête.

2.2 Fréquence du recours à l'hypnose :

Plusieurs études se sont intéressées à l'intérêt de la pratique de l'hypnose par les médecins généralistes, ou encore au recours aux thérapies complémentaires par les patients, mais aucune étude connue ne s'est intéressée à la prévalence du recours à l'hypnose par les médecins généralistes dans le cadre de la pathologie chronique.

Dans notre étude, 53% des médecins interrogés avaient déjà proposé un recours à l'hypnose à un de leurs patients.

Dans la littérature internationale, on retrouve des taux de recours plus bas : 35-50% aux USA (79) pour les médecines complémentaires, 36% en Grande Bretagne (80).

En France, le recours aux médecines complémentaires était un peu plus élevé chez les patients hospitalisés : de 55 à 68%.

Cependant le recours à l'hypnothérapie, lui, reste bas, en effet ; dans l'étude de Ait M'Hammed, 27% des médecins généralistes orientaient leurs patients vers l'hypnothérapie, et une étude sur la prise en charge ambulatoire des douleurs chroniques dans la région PACA, publiée en 2007, retrouve un taux de recours à l'hypnose seulement de 10%. (81)

2.3 Connaissances des médecins généralistes sur l'hypnose médicale

La quasi-totalité (95%) des médecins interrogés avaient déjà entendu parler d'hypnose, et plus de la moitié d'entre eux pensaient connaître les domaines d'utilisation de l'hypnose en médecine.

Ce chiffre était un peu surestimé dans notre enquête, comparativement aux données d'une autre étude ou 34% des médecins jugeaient leurs connaissances faibles voire nulles concernant les médecines alternatives dont l'hypnose. (82)

Cependant, dans notre étude, les domaines où l'hypnose était la plus fréquemment utilisée (troubles psychopathologiques, les douleurs chroniques, l'addictologie et l'anesthésie), étaient identiques à ceux retrouvés dans la littérature. (Voir les indications de l'hypnose par la SFHTB, ainsi que les recommandations détaillées par la HAS, développées dans la première partie).

Le contrôle de la douleur dans les pathologies musculo-squelettiques est une des principales indications de recours aux médecines complémentaires recensée dans la littérature (69%), probablement dû au fait que l'arsenal thérapeutique concernant ces indications soit restreint, en raison d'une iatrogénie importante. (83) (84)

Une grande majorité des médecins (70%), considérait l'hypnose comme un outil thérapeutique et un état modifié de conscience, définition en accord avec celle proposée par la SFHTB.

Etonnement pour moins de 10% des médecins l'hypnose était comparable à un effet placebo alors que dans d'autres études l'effet placebo attribué aux médecines alternatives était bien plus important (70%).

En 2005, l'équipe de *Kupers* a montré qu'il n'y avait pas de superpositions objectivables des différentes aires cérébrales activées pendant l'action analgésique de l'hypnose et du placebo. De plus, rappelons que l'antagonisation de l'action analgésique du placebo par la naloxone a été démontrée, ce qui n'est pas le cas de l'analgésie hypnotique. (66)

Par ailleurs, quand on sait que la plupart des problèmes de santé de la population, qu'ils soient psychiques ou somatiques sont traités et ou suivis en médecine générale, il est intéressant de noter que seulement 23% des médecins interrogés pensent l'hypnose applicable en médecine générale.

En effet, la Société Française de Médecine Générale, regroupe dans le dictionnaire des résultats de consultation, (ou sont référencés les situations cliniques rencontrées en moyenne 1 fois par an en médecine de ville), la quasi-totalité des indications de la pratique de l'hypnose retrouvées dans la littérature.

Les domaines d'application de l'hypnose sont donc concordants avec les motifs de consultation rencontrés en médecine générale, ce qui peut rendre pertinent une proposition de recours à l'hypnose en médecine générale. (84)

Les connaissances des médecins généralistes étaient de manière globale, surestimées dans notre étude, probablement dû à l'existence d'un biais de sélection, concernant la population de médecins interrogés ; en effet les médecins qui ont répondu au questionnaire devaient en majorité être intéressés par le sujet et donc indirectement avoir de meilleures connaissances que les autres praticiens.

2.4 Place de l'hypnose dans le parcours de soin des douleurs chroniques en médecine générale.

Pour 63% des médecins de notre étude, l'hypnose représente une solution éventuelle pour la gestion de la pathologie et de la souffrance des patients atteints de douleurs chroniques.

Rappelons que la douleur est une expérience mettant en jeu des caractéristiques sensorielles, émotionnelles, cognitives et motivationnelles. Son caractère plurifactoriel en fait toute sa complexité, et peut en parti expliquer l'échec et l'impasse thérapeutique que peuvent parfois rencontrer certains patients et leurs médecins.

L'approche hypnotique s'inscrit dans un modèle bio-psycho-social et permet ainsi une prise en charge holistique, au travers d'une approche plus globale du patient.

L'hypnose permet d'agir sur les différentes composantes de la douleur, en diminuant l'intensité (niveau sensoriel), en contrôlant une anticipation négative (gestion de la douleur), en modifiant les automatismes entre douleurs et pensées négatives (niveau cognitif), en intervenant sur les événements influençant la vie quotidienne (niveau émotionnel), et en mobilisant les ressources du patient ce qui lui permettra de devenir acteur de sa prise en charge (niveau motivationnel).

L'hypnose est donc une alternative intéressante aux traitements pharmacologiques, permettant parfois de meilleurs résultats. En effet, une grande majorité des médecins interrogés (68%) la considère comme telle.

La douleur chronique a un retentissement individuel mais aussi collectif. Dans une étude de 2013 qui s'est intéressée aux difficultés de prise en charge du patient douloureux chronique rencontrées par les médecins généralistes, il est rapporté que pour 62% des patients leurs douleur chronique affecte leur situation professionnelle, dont 24% sont dans l'incapacité de travailler, de plus pour 1/3 des patients la douleur avait un impact négatif sur l'entourage familial et amical et pour 28% elle entraînait un isolement social. (85)

D'après la banque de données en santé publique, 70% des patients présentent une perturbation anxieuse et 58% un syndrome dépressif associé. Dans notre étude, près de $\frac{3}{4}$ des médecins ont constaté les effets positifs de l'hypnothérapie sur leurs patients: notamment sur l'amélioration de la qualité de vie (90%), une diminution importante des comorbidités associées, en particulier le syndrome dépressif (46%), une efficacité sur la sphère professionnelle (reprise de 15% du travail).

Il est intéressant de noter qu'une diminution significative de la douleur (EVA<3) ne concernait que 15% des patients, alors que dans la littérature une diminution significative de l'intensité de la douleur est souvent décrite, (cependant le seuil de l'EVA n'était pas toujours précisé) . La régression des comorbidités ainsi que l'amélioration de la qualité de vie sont également rapportées. (86) (87).

Notons que dans les recommandations internationales nous pouvons lire que l'objectif est d'assurer au mieux la prise en charge de la douleur chronique, et pas nécessairement de l'éliminer. Le traitement médicamenteux n'est donc pas une priorité dans une prise en charge globale qui vise à améliorer le statut fonctionnel du patient, ses aptitudes et sa qualité de vie.

Définir la place de l'hypnose dans le parcours de soin n'est pas simple car d'une part son utilisation est pathologie, patient et médecin dépendant et d'autre part l'hypnose ne fait pas l'objet de consensus préétablis en ce qui concerne son utilisation thérapeutique.

Plusieurs études se sont intéressées à la pratique de l'hypnose par les médecins généralistes, ainsi qu'aux bénéfices thérapeutiques ressentis par les patients, notamment dans la douleur chronique, mais aucune étude connue à ce jour, ne s'est penchée sur la place de l'hypnose dans le parcours de soins des patients douloureux chroniques en médecine générale.

Il est donc intéressant de constater que dans la majorité des cas (60%) l'hypnose intervient après plusieurs échecs thérapeutiques successifs et la plupart du temps entre 6 mois à un an après un échec de prise en charge initial. Dans une minorité de cas (16%) rapidement dans l'escalade thérapeutique, et pour 5% c'est une méthode de derniers recours.

Ces résultats reflètent bien le fait qu'une des indications fréquente de l'hypnose est la conséquence du manque d'efficacité d'autres thérapeutiques médicamenteuses (comme décrit précédemment), ce qui sous-tend un mode de choix orientant la pratique de l'hypnose, qui paraît prépondérant : un choix de recours secondaire, qui fait suite à des déceptions thérapeutiques.

Même si l'hypnose ne semble pas faire partie intégrante du parcours de soins, elle n'en n'est pas pour autant rejetée : seulement 3% des médecins estimaient qu'elle n'avait pas sa place dans la prise en charge des douleurs chroniques.

2.5 Facteurs limitants l'utilisation de l'hypnose dans le domaine médical :

Une des premières raisons pour lesquelles les médecins ne proposaient pas de recours à l'hypnose étaient le manque d'informations et donc de connaissances concernant cette pratique pour 37% d'entre eux.

Bien que les techniques de l'hypnose soient connues et que les résultats soient prouvés scientifiquement, sa connotation « magique » contribue à semer le doute sur des approches rigoureuses réalisées dans un but thérapeutique.

Les représentations holistiques et culturelles souvent associées au monde du spectacle sont indissociables des résistances qu'elles entraînent aussi bien dans la population générale que médicale.

Pour cela la CFHTB préconise que : « la communication d'informations relative à l'hypnose auprès des différents médias est recommandée dans la mesure où elle s'appuie sur des connaissances précises et permet de minimiser les distorsions et les représentations erronées relatives à l'hypnose. Réciproquement il est demandé aux hypnopraticiens formés par l'association d'éviter toutes actions de communication, ou de publication tendant à compromettre l'aspect scientifique et la dimension éthique de la pratique hypnotique en donnant à celle-ci une connotation tendancieuse (amalgames avec magie et les para-sciences) et simpliste évitant par la même à une pratique non qualifiée. »

Pour 22% des médecins l'aspect financier est un frein à la recommandation de l'hypnothérapie. En effet, d'après l'institut français d'hypnose, les tarifs sont variables d'un thérapeute à l'autre, et de manière générale, ils sont compris entre 60 et 85 euros par séance. D'autant plus que l'assurance maladie ne prend pas en charge les séances d'hypnose, il existe un code acte dans la classification commune des actes médicaux (CCAM), libellé : « séances d'hypnose à visée antalgique (code ANRP001), cependant cet acte est non remboursable (tarif fixé à 0 euros). Si l'hypnothérapie est pratiquée par un médecin conventionné dans le cadre de sa consultation, la consultation est prise en charge par l'assurance maladie (selon les règles de remboursement habituelles). Par ailleurs il existe des complémentaires santé qui proposent des remboursements forfaitaires ou partiels des séances d'hypnose.

D'après le rapport de Mai 2012 sur les médecines complémentaires à l'APHP, en ce qui concerne la pratique de l'hypnose dans les structures hospitalières, la facturation est établissement dépendant, et certains établissements ont créé un tarif spécial et facturent une consultation + une séance d'hypnose au patient. Privé ou public, les séances d'hypnose représentent un coût non négligeable pour le patient, et donc une limite non négligeable à la recommandation de cette pratique par les médecins généralistes. Une étude de 2013 décrit une tendance à la diminution des prescriptions médicamenteuses de près de 70% chez des patients qui ont bénéficié des techniques d'hypnothérapie. (88)

Il serait intéressant, au travers d'études quantitatives standardisées, d'évaluer le bénéfice socio- économique secondaire au recours à l'hypnose. Ce qui pourrait peut-être à terme permettre une prise en charge des séances d'hypnose par la sécurité sociale, et ainsi élargir la proposition de prise en charge par l'hypnothérapie à un plus grand nombre de patients douloureux chroniques.

60% des médecins ne connaissaient pas un hypnothérapeute dans leur secteur d'activité professionnelle, et pour 12% d'entre eux ce manque de réseau était un frein direct à une proposition de recours à l'hypnose.

Face à la multiplication des organismes qui proposent des formations ouvertes à tous, il est difficile d'estimer le nombre d'hypnothérapeutes en activité en France. Cependant les instituts comme la CFHTB (Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapie Brève), l'IFH (Institut Français d'Hypnose), l'AEPH (Association Européenne des Praticiens en Hypnose), proposent des annuaires référents les praticiens formés par ces associations, facilitant ainsi la recherche d'un praticien en hypnose. (89)

En effet : 85% des médecins qui connaissent un médecin hypnothérapeute dans le secteur d'activité professionnelle, ont déjà proposé l'hypnose à un de leur patient. (Vs 35%, $p=0,0016$).

Une minorité de médecins interrogés n'ont pas proposé un recours à l'hypnose pour des raisons éthiques et médicales, en effet 6% pensent que l'hypnose n'a pas d'indication dans la prise en charge de ces pathologies. De même, 7% des médecins étaient concernés par des patients opposés aux pratiques alternatives.

La réticence de proposition de soins par l'hypnose de la part de certains médecins peut être en partie expliquée par le manque de cadre précis réglementant la pratique de l'hypnose en France, et que la formation ne soit pas reconnue par le conseil de l'ordre des médecins. Cependant, en l'absence de cadre législatif clair, des codes déontologiques sont proposés par les associations de praticiens.

Ainsi la CFHTB impose le respect de son code éthique à ses membres et le non-respect de la chartre peut être répréhensible par le conseil d'administration de l'association et conduire à l'exclusion de l'association, de la formation ou de la non attribution des attestations. (90)

De plus, la CFHTB pose comme principe d'utiliser l'hypnose comme un outil complémentaire. Il est stipulé qu'elle ne doit pas être utilisée comme un recours alternatif, elle ne doit en aucun cas entraver ou retarder l'accès aux soins conventionnels qui seraient nécessaires. Mais la non exclusivité de la pratique de l'hypnose par les professionnels de santé en France, peut exposer cette dernière à un risque d'utilisation de manière alternative.

Par ailleurs les risques liés à la pratique directe de l'hypnose sont minimes, et selon les données de la Mayo Clinic, (établissement américain de renommée internationale, qui a développé un programme de recherche de médecine intégrative et complémentaire), les pathologies psychotiques, notamment la schizophrénie sont une des seules contre-indications connues de l'hypnothérapie. Les risques sont donc d'avantages de niveau éthiques et déontologiques et ne relèvent donc pas d'effets inattendus mais de pratiques intentionnellement malveillantes.

Bien qu'il y ait une volonté des pouvoirs publics à s'intéresser à l'hypnose ; comme dans de nombreuses approches non conventionnelles, une réglementation des pratiques serait souhaitable voire indispensable pour que l'hypnose soit intégrée dans le parcours de soin et reconnue comme outil thérapeutique par nos pairs.

2.6 Profils des médecins adresseurs

Plusieurs études se sont intéressées aux caractéristiques socio-démographiques des médecins pratiquant l'hypnose ainsi que des patients ayant recours à cette méthode. Cependant, aucune étude s'intéressant à ces caractéristiques chez les médecins généralistes qui proposent un recours à l'hypnose, n'est connue à ce jour.

Nous avons donc cherché à définir un profil type des médecins adresseurs à l'hypnose.

Dans notre enquête, nous avons mis en évidence une discrète tendance féminine à proposer un recours à l'hypnose (59% vs 52%), sachant que notre étude était composée de 65% d'homme contre 35% de femmes.

Dans plusieurs études nationales et internationales, est retrouvée une prédisposition particulière de patientes femmes à avoir recours aux médecines complémentaires.(91) (92) (93)

Par ailleurs, dans notre étude, les médecins entre 40 et 50 ans avaient davantage tendance à adresser les patients à l'hypnose (66%, vs 42% pour les plus de 60 ans, et 57% pour les 30-40 ans), notons que la tranche d'âge la plus représentée dans notre population était les 50-60 ans. Alors qu'une étude française de 2013 montre une tendance de croissance de recours aux médecines alternatives avec l'âge (82).

Cependant dans notre enquête la population des moins de 30 ans n'a pas été représentée, il aurait été intéressant d'aborder cette question auprès des jeunes médecins installés voire même auprès des internes ou des étudiants en médecine.

Le fait d'exercer en milieu semi-rural serait un facteur prédisposant pour adresser les patients à un hypnothérapeute. En effet, 66% des médecins adresseurs sont installés en zone semi-rurale, contre 51% en ville et 33% dans les campagnes. Cette tendance est retrouvée dans la littérature, notamment dans les zones rurales et semi rurales, concernant le recours aux médecines alternatives dont l'hypnose. (94) (95)

Cependant la prévalence du recours à l'hypnose par les médecins exerçant en campagne est probablement sous-estimée dans notre enquête, la population de médecins en zone rurale étant sous-représentée, ce qui est probablement secondaire à un biais de sélection de la population de médecins interrogés (elle représente seulement 2% des médecins interrogés).

De même le fait de pratiquer deux activités (libérale et salariée), influence de manière significative la proposition du recours à l'hypnose par les médecins généralistes (90% vs 51% en activité libérale exclusive, $p=0,044$). 3% des médecins de notre échantillon étaient concernés par cette double activité, ce qui est représentatif de la population des médecins de la région PACA (vs :6%).

On peut supposer que le fait de travailler dans une structure, en équipe, permet d'élargir le réseau des connaissances et contacts professionnels (hypnothérapeutes).

De plus, le fait d'avoir eu une expérience personnelle de l'hypnose, ressort comme un facteur prédictif statistiquement significatif du recours à cette méthode. (70% vs 51%, $p=0,009$).

De la même manière il semblerait que les connaissances des praticiens sur l'hypnose aient une influence directe sur la fréquence du recours à cette pratique (71%, vs 35%, $p=0,001$) ; 61% des médecins pour qui l'hypnose représente une alternative thérapeutique adressent (vs 44%, $p<0,05 =0,006$).

Ainsi le constat des bénéfices de cette pratique a probablement permis de renforcer la confiance des médecins dans l'utilisation de cet outil, en levant les croyances et idées reçues et en faire ainsi, une technique recommandable pour leurs patients.

Les médecins sensibilisés à l'approche des thérapies non conventionnelles adresseraient de manière significative, davantage leurs patients à l'hypnose que les autres. (70%, vs 44%, $p=0,002$), ce résultat était attendu.

Nous avons pu constater également, que le fait d'avoir des patients souhaitant recourir à l'hypnothérapie, dans une patientèle, influencerait de manière significative la proposition de soins par l'hypnose de la part des médecins. (75%, vs 32%, $p=0,001$).

La prévalence de consultations de douleurs chroniques au cabinet par jour, n'influe pas de manière significative sur la fréquence du recours à l'hypnose. Autrement dit, les médecins qui ont un nombre plus important de consultation concernant la douleur chronique que les autres n'adressent pas davantage leurs patients à l'hypnose.

Au total, le profil type des médecins qui proposent un recours à l'hypnose pour leurs patients douloureux chroniques, seraient plutôt des femmes, entre 40 et 50 ans, installées dans des zones semi-rurales, ayant eu une expérience personnelle de l'hypnose et qui ont déjà orienté un patient vers d'autres pratiques non conventionnelles.

Elles estiment avoir des connaissances concernant l'hypnothérapie et la considèrent comme une alternative thérapeutique dans le cadre des pathologies chroniques douloureuses. Elles connaissent également un hypnothérapeute dans leur secteur d'activité professionnel et leur patientèle est composée de patients désireux de recourir à cette pratique.

A l'inverse les médecins réticents à proposer l'hypnose comme alternative thérapeutique seraient des hommes âgés de moins de 40 ans ou plus de 60 ans, exerçant en cabinet libéral en ville, n'ayant jamais expérimenté l'hypnothérapie, et dont les connaissances sur cette dernière restent pauvres. Ils ne connaissent pas de praticiens formés à l'hypnose, et n'ont pas eu de patients intéressés par cet outil thérapeutique.

3. Limites de l'étude

Seul 53% des médecins ont participé à l'étude.

Comparativement à la population des bouches du Rhône et de la région PACA, la population masculine a été surreprésentée. (65% vs 59%). (76)

De plus, la population de médecins généralistes de moins de 30 ans n'a pas été étudiée, car elle représentait une minorité (<2% de la population de la région PACA). Cependant il aurait été intéressant d'évaluer la fréquence et le mode d'utilisation de l'hypnose chez les jeunes médecins, voire chez les étudiants en médecine, et ainsi comparer les connaissances et l'intérêt de cet outil sur le plan inter générationnel. Cela pourrait faire l'objet de futures études.

Plus de la moitié (53%) des médecins interrogés ont déjà adressé un de leurs patients douloureux chroniques à un hypnopraticien. On peut se demander si ce taux n'a pas été surestimé, par l'existence d'un biais de recrutement. En effet, les médecins qui n'ont pas pris le temps de répondre au questionnaire étaient peut-être moins sensibilisés et intéressés par le sujet que les participants. La représentation significative de ce résultat à l'échelle de la population française reste donc discutable.

Par ailleurs, une surestimation de l'absence de recours à l'hypnose pour raisons financières est possible. En effet le département des bouches du Rhône est concerné par un seuil de pauvreté le plus important de la région (18% vs 15% pour la région PACA), et les médecins du département des Alpes Maritimes n'ont pas été représentés, et ceux du département des Hautes Alpes peu représentés dans notre étude. (96)

Il n'y avait pas de résultat significatif entre le fait d'exercer en cabinet libéral et la fréquence du recours à l'hypnose. Cependant, au vu du manque important de réponse à cet item dans le questionnaire (seulement 35%), ce résultat n'est pas représentatif de la population.

Par ailleurs, l'effet de l'hypnose sur la prise des traitements a été retrouvé dans plusieurs études, avec une diminution de la consommation d'antalgique observée, Il aurait été intéressant d'évaluer le rôle de ce bénéfice dans le recours à l'hypnose de la part des médecins.

CONCLUSION

La douleur chronique représente un enjeu majeur de santé publique, en France.

En effet depuis plus de 15 ans, les pouvoirs publics mènent des programmes nationaux de lutte contre la douleur dans le but d'améliorer la prise en charge des pathologies chroniques douloureuses en soins primaires et réduire ainsi le coût économique non négligeable que représente la douleur chronique dans le système de santé français.

Cependant, l'aspect pluridimensionnel complexe, l'errance médicale favorisée par les effets secondaires fréquents de certaines thérapeutiques d'efficacité parfois limitée, ainsi que les difficultés d'accès aux centres spécialisés, font toute la complexité de prise en charge de ces pathologies et placent encore souvent le médecin et son patient en situation d'impuissance et d'échec thérapeutique.

Face à cette impasse, l'émergence de nouvelles thérapeutiques non médicamenteuses permettant de moduler la douleur, ont vu le jour ces dernières années.

Longtemps pratiquée en se heurtant continuellement au scepticisme des cercles scientifiques, l'hypnose devient aujourd'hui un objet d'étude légitime en même temps qu'une pratique thérapeutique dont l'efficacité n'est plus à démontrer. En effet l'hypnoanalgésie a fait l'objet de nombreuses publications et a prouvé son efficacité dans de nombreux domaines. En modulant notamment la composante affective et émotionnelle de la douleur, et en améliorant notamment la qualité de vie des patients douloureux, l'hypnose s'inscrit dans un modèle bio-psycho-social d'approche thérapeutique, au travers d'une prise en charge globale de la personne, ce qui en fait un allier thérapeutique de choix aussi bien pour les patients que pour les praticiens.

On assiste ces dernières années à une envolée de la pratique de l'hypnose avec une demande de plus en plus importante de la part des patients mais également des professionnels de santé. On note une volonté de la part des praticiens à se sensibiliser sur le sujet, entre autres la Société Française de Médecine Générale (SFMG) propose depuis 2015, une initiation de 48 heures aux techniques hypnotiques, pour sensibiliser les médecins généralistes et les paramédicaux à la pratique de l'hypnose.

L'efficacité médicale des techniques hypnotiques a justifié leurs utilisations de plus en plus fréquentes dans le milieu hospitalier comme en médecine ambulatoire dans de nombreux domaines. Notamment dans la prise en charge de la douleur avec de plus en plus de centres spécialisés qui ouvrent leurs portes à l'hypnose.

Dans notre étude 95% des médecins ont déjà entendu parler d'hypnose médicale et 53% d'entre eux ont déjà eu recours à l'hypnothérapie pour leurs patients douloureux chroniques. Une grande majorité des médecins ont constaté les bénéfices de cette pratique sur leurs patients, avec notamment une amélioration incontestable de la qualité de vie. 70% la considèrent comme un outil thérapeutique qui intervient, généralement, après plusieurs échecs thérapeutiques successifs, dans le parcours de soins.

Malgré l'intérêt récent qu'elle suscite, l'hypnose reste cependant un sujet aussi bien intrigant que controversé et certains médecins restent encore méfiants à l'égard de cette pratique. Cette réticence est entretenue en partie par les représentations et fausses croyances que véhicule la médiatisation de l'hypnose de spectacle et ce, depuis plusieurs années. Mais les facteurs limitant le recours à l'hypnose par les médecins généralistes mis en avant dans cette étude sont majoritairement le manque de connaissances et d'informations des médecins à ce sujet ; désintérêt favorisé par l'absence de cadre législatif réglementant la pratique de l'hypnose, ainsi que l'absence de réseau d'hypnopraticiens, et enfin l'aspect financier avec l'absence de prise en charge par la sécurité sociale.

Participer et développer les interventions auprès du corps médical dans les services hospitaliers et auprès des médecins généralistes, apparaît comme une des solutions éventuelles pour pallier au manque d'information sur l'hypnose. (Telle que la formation proposée par la SFMG).

De plus, encourager les formations réservées aux professionnels de santé, proposées par les organismes dédiés tels que la Confédération Française d'Hypnose et de Thérapie Brève, l'Institut Français d'hypnose, ou encore la Société Française d'Hypnose, permettrait de limiter la multiplication des « formations rapides » ouvertes à tous, pour ne proposer à terme qu'une seule formation reconnue.

Par ailleurs soutenir le développement de colloques, de congrès et favoriser la recherche dans ce domaine, permettrait peut-être un jour à l'hypnose d'être reconnue et validée en tant qu'outil thérapeutique par le conseil de l'ordre.

Ainsi la démocratisation de cette pratique rendrait possible son inclusion dans le schéma thérapeutique classique des pathologies chroniques de même que son remboursement par le système de soins, élargissant ainsi la possibilité de recours à ses bénéfices pour tous.

BIBLIOGRAPHIE :

- 1) Haute Autorité de Santé - Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire [Internet]. [cité 5 juill 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire
- 2) Haut conseil de la santé publique : Objectifs de santé publique : Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2010 [cité 04 septembre 2016]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/haut-conseil-de-la-sante-publique-objectifs-de-sante-publique-evaluation->
- 3) Morasz L. Prendre en charge la souffrance à l'hôpital. Paris :Durod ; 2003
- 4) Bouhassira D, Attal N, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. 2008;136(3):380-7
- 5) Edonis Schoeffler P, Dualé C, Ouchchane L, Dubray C.the EDONIS group. EDONIS – Epidemiologic study of postsurgical neuropathic pain. 7thCongress of the European Federation of IASP® Chapters (EFIC®), Hamburg (2011)
- 6) Breivik H, Collett B et al. Survey of chronic pain in Europe : prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain 2006 ; 10 : 287-333.
- 7) Lanteri-Minet M. ECONEP: évaluation du coût lié à la prise en charge des patients présentant des douleurs neuropathiques. Société française d'étude et de traitement de la douleur, 6e Congrès, Nantes 17 novembre 2006
- 8) Programme National - CNRD - Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <http://v2.cnrdr.fr/-Programme-National-.html>
- 9) Enjeu de santé publique et critère de qualité et d'évolution d'un système de santé, la lutte contre la douleur répond avant tout à un objectif humaniste, éthique et de dignité de l'homme : la douleur et la souffrance morale ressenties à tous les âges de - Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf [Internet]. [cité 12 juillet 2016]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf
- 10) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. J Off. 2002;4118-59
- 11) avis_proj_prog_douleur_1709_env_av_260913_rel_jol.pdf [Internet]. [cité 14 déc 2016]. Disponible sur: http://www.cns.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_proj_prog_douleur_1709_env_av_260913_rel_jol.pdf
- 12) Marchand S. Le phénomène de la douleur : comprendre pour soigner. Paris. Masson; 2009.

- 13) VIBES J. Guide de la douleur, le syndrome douloureux chronique. Paris. Estem; 2001. p. 519.
- 14) Baeulieu P. La douleur, guide pharmacologique et thérapeutique. Montréal. Maloine; 2013.p.228.
- 15) Langlade A, Serriez A, Thurel C. Le dictionnaire de la douleur. Phase 5. Paris; 2001. p.124.
- 16) Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique – Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cité 12 septembre 2016]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle%20/bases-neurophysiologiques-mecanismes-physiopathologiques-dune-douleur-aigue-dune>
- 17) Salem G, Bonvin E. Soigner par l'hypnose. 4e éd. Masson. Paris; 2007. p. 323 .
- 18) Guyonnaud J-P. L'hypnose qui guérit. Jacques Gr. Paris; 1989.
- 19) Bernheim J-M. L'hypnose médicale. 2e éd. Med-Line. Paris; 2012. p. 252
- 20) Godin J. Hypnothérapie. Ed. Techniques - Encyclopedie medico-chirurgicale. Paris; 1991. 10 p.
- 21) Bernheim H. De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille. Paris: O. Doin; 1884
- 22) Erickson M.H. The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. Irvington, New-york; 1980.
- 23) Chertok L. L'hypnose - problèmes théoriques et pratiques. La technique.4ed. Paris : Masson; 1963.
- 24) Michaux D, Halfon Y et Wood C. Manuel d'hypnose pour les professionnels de santé. Paris : Maloine ;2007
- 25) Hypnosis [Internet]. <http://www.apa.org>. [cité 07 août 2016]. Disponible sur: <http://www.apa.org/topics/hypnosis/index.aspx>
- 26) Erickson MH. L'hypnose thérapeutique : quatre conférences. 5ed. Paris : ESF ;1998
27. Gay MC. L'hypnose : un descriptif. Ann Med Psychol 2007 ;165 :172-179
28. Bernard F, Musellec H. La communication dans le soin : hypnose médicale et techniques relationnelles. 2ed. Paris : Masson; 2014
29. Marc E, Picard D. Relations et communications interpersonnelles. 2ed. Paris : Dunod ;2008.
30. Benhaïem JM. Le guide de l'hypnose. Paris : InPress ;2015.
31. Malarewicz J, Godin J,Erickson MH. De l'hypnose Clinique à la psychothérapie stratégique. Paris: ESF; 1989.
32. Watzawick P, Helmick Beavin J,Jackson Don D. Une logique de la communication. Paris : Seuil ; 1979.
33. Bernard F, Musselec H, Ben Hamoud D. La communication dans le soin - Hypnose médicale et techniques relationnelles : ARNETTE ; 2013. 159 p.
34. Marteaux A. Hypnose clinique et principe d'analogie. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 6 juill 2010;(44):191-4.

35. Hammond DC. Métaphores et suggestions hypnotiques :Satas ; 2004.
36. Deeley Q, Oakley DA, Toone b ET al. (2012) Modulating the default mode network using hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn* 60(2): 206-228
37. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry*. 1999;45(3):327-33.
38. Evans F. Hypnosis and sleep : Technique for exploring cognitive activity during sleep. *Hypnosis : developments in research and new perspectives*. Adline. New-York; 1979. p. 139-83.
39. Hinterberger,T., Schoner, J.and Halsband,U.(2011) :Analysis of electrophysiological state patterns ans changes during hypnosis induction.*International journal of clinical and experimental hypnosis*,59(2),165-179
40. Jamieson,G. A., and Burgess,A .P. (2014). Hypnotic induction is followed by state like changes in the organization of EEG functional connectivity in the theta and beta frequency bands in high hypnotically susceptible individuals, *Frontiers in human neuroscience*, 8, 528,
41. GORTON B-E. Physiology of hypnosis : a review of literature. *Psychiatr quaterly*. 1949;23(2):317-43.
42. Rainville P, Carrier B, Hofbauer RK et Coll. Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain* 1999;82(2):159-171
43. Quelet J. L'hypnose Ericksonienne: le confort du chirurgien-dentiste et celui du patient.*Inf Dent* 1993 ;75(28) :2043-2047
44. Szechtman, H.,Woody,E. (1998)Where the imaginal appears real:A positron emission tomography study of auditory hallucinations. *Preceedings of the National Academy of Sciences*,95,1956-1960.
45. Kosslyn SM, Thompson WL, Costantini-Ferrando MF, et al. Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. *Am J Psychiatrie*. 2000;157: 1279-84
46. Rainville P, Hofbauer RK, Paus T et al. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci* 1999 ; 11 : 110-25
47. Comment l'hypnose agit sur le cerveau | *larecherche.fr* [Internet]. [cité 27 novembre 2016]. Disponible sur: <http://www.larecherche.fr/comment-lhypnose-agit-sur-le-cerveau>
48. Rainville P, Price DD. Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. *Int J Clin Exp Hypn* 2003 ; 51 : 105-29
49. Gay MC. Ya t-il un lien entre hypnotisabilité et psychopathologie? *Ann Med Psychol* 2005 ;163 :172-179.
50. Hoeft F et al. Functional brain basis of hypnotizability. *Arg Gen Psychiatry*.2012 Oct; 69(10): 1064-1072
51. M. Will, W. J. Zuercher and D. H. Rominger (2009). Evidence for allosteric interactions of antagonist binding to the smoothed receptor. *J Pharmacol Exp Ther* 329(3): 995-1005. R
52. EL Santarcangelo, D. Madeo et al. Cognitive Modulation of Psychophysical, Respiratory and Autonomic Responses to Cold Pressor Test. *PLoS One* 8 (10), e 75023. 2013 Oct 09.

53. Chambless et al «Update on empirically validated therapies,II,Clin Psychol,1998; 51,3-16
- 54.Task Force on Promotion and dissemination of psychological procédures «Training in and dissémination of empirically validated psychologist treatments: report and recommandations » Clin Psychol 1995 ; 48: 3-23
55. hypnose_rapport+evaluation+Juin+2015.pdf [Internet]. [cité 20 sept 2016]. Disponible sur: http://www.inserm.fr/content/download/96709/688706/version/1/file/hypnose_rapport+evaluation+Juin+2015.pdf
56. OMS | Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 [Internet]. WHO. [cité 12 octobre 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/publications/list/traditional_medicine_strategy/fr/
57. Barber TX, Hahn KW. Physiological and subjective responses to pain producing stimulation under hypnotically-suggested and waking-imagined“analgesia”. J Soc Psychol 1962;65:411-8.
58. Evans MB, Paul GL. Effects of hypnotically suggested analgesia on physiological and subjective response to cold stress. J Consult Clin Psychol 1985;35:362-71.
59. Hilgard ER, Hilgard JR. Hypnosis in the relief of pain. Revised Ed. NewYork: Brunner/Mazel, 1994.
60. De Pascalis V, Magurano MR, Bellusci A. Pain perception, somatosensory event-related potentials and skin conductance responses to painful stimuli in high, mid, and low hypnotizable subjects: effects of differential pain reduction strategies. Pain 1999;83:499-508
61. Faymonville ME, Roediger L, DEL Fiore G et Coll. Increased cerebral functional connectivity underlying the nociceptive effects of hypnosis.Cognitive Brain Res 2003 ;17(2):255-262.
62. Kiernan BD, Dane JR, Philipps LH, Price DD. Hypnotic analgesia reduces RIII nociceptive reflex: further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. Pain 1995;60:39-47.
63. Willer JC. Comparative study of perceived pain and nociceptive flexion reflex in man. Pain 1977;3:69-80.
64. Danziger N, Fournier E, Bouhassira D and al. Different strategies of modulation can be operative during hypnotic analgesia: a neurophysiological study Pain 1998;75:85-92.
65. Benhaeim JM,Attal N, Chauvin M et Coll. Local and remote effects of hypnotic suggestions on analgesia. Pain 2001 ;89(2-3) :167-173
66. Kupers R, Faymonville ME, Laureys S. The cognitive modulation of pain: hypnosis- and placebo-induced analgesia. Prog Brain Res 2005 ; 150 : 251-269
67. Microsoft Word - Dossier SFETD A.Bioy septembre 2015.doc - dossier_sfetd_a.bioy_septembre_2015.pdf [Internet]. [cité 13 août 2016]. Disponible sur: http://www.sfetddouleur.org/sites/default/files/u3349/DossierdumoissfETD/2015/dossier_sfetd_a.bioy_septembre_2015.pdf
68. Dworkin, R. H, Turk, D. C., Farrar, J.T, Haythornt hwaite, J. A., Jensen, M. P, Katz, N. P, Witter, J. (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT: recommendations. Pain, 113(1–2), 9–19

69. Crawford, H. J., Knebel, T., Kaplan, L., Vendemia, J. M., Xie, M., Jamison, S., & Pribram, K. H. (1998). Hypnotic analgesia: 1. Somato-sensory event-related potential changes to noxious stimuli and 2. Transfer learning to reduce chronic low back pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46, 92–132.
70. Kekecs Z, Nagy T, Varga K. The effectiveness of suggestive techniques in reducing postoperative side effects: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesth Analg*. 2014 Dec;119(6):1407-1419
71. Aide-mémoire - Hypnoanalgésie et hypnosédation - en 43 notions - Livre Psychothérapie de Isabelle Célestin-Lhopiteau - Dunod [Internet]. [cité 05 septembre 2016]. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/aide-memoire-hypnoanalgésie-et-hypnosédation-en-43-notions>
72. AFEHM | Association Française pour l'étude de l'hypnose médicale [Internet]. [cité 15 septembre 2016]. Disponible sur: <http://www.hypnose-medicale.com/>
73. rapport Thérapies complémentaires - 4.rapport-Thérapies-complémentaires1.pdf [Internet]. [cité 02 novembre 2016]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies-comp%C3%A9mentaires1.pdf>
74. L'hôpital d'Aix adopte l'hypnose contre la douleur [Internet]. [cité 11 janvier 2016]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/04/04/20175-lhopital-daix-adopte-lhypnose-contre-douleur>
75. paca_2013.pdf [Internet]. [cité 17 novembre 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/paca_2013.pdf
76. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016 - atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf [Internet]. [cité 12 octobre 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
77. Les patients et leur douleur chronique. Le bot M. *Observance.Rev Prat Med Gen* 1999 ;13(469) :1335-48
78. Bloomington:ICSI. Institute For Clinical Systems Improvement. Assessment and management of chronic pain. 2008
79. Zhang Y., Jones B., Ragain M., Spalding M., MannschreckD., YOUNG R. Complementary and alternative medicine use among primary care patients in west texas *Southern medical journal*, 2008 dec, 101, 12, 1232-7
80. Fulder S.J., Munroe R.E. Complementary medicine in the United Kingdom: patients, practitioners and consultations *Lancet*, 1985, 2, 542-545
81. Ait M'Hammed M. Evaluation du recours aux médecines complémentaires et alternatives en médecine générale dans le département de l'oise. 34-37p, Th : Méd. : Amiens, 2012
82. Rosenberg E.I., Genao I., Chen I., Mechaber A.J., Wood J.A., Faselis C.J., et al. Complementary and Alternative Medicine use by primary care patients with chronic pain, *Pain Med*, 2008 Nov., 9, 8, 1065-72

83. Callahan L.F., Wiley-Exley E.K., Mielenz T.J., Brady T.J., Xiao C., Currey S.S., et al. Use of complementary and alternative medicine among patients with arthritis *Prev Chronic Dis*, 2009 Apr, 6, 2, A44.
84. SFMG. Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale (révision 2010). juin 2010;(66-70):324.
85. Bucur D. Quelles sont les difficultés de prise en charge du patient douloureux chronique éprouvées par les médecins généralistes ? 29p, Th : Méd. : Grenoble, 2013
86. Castel A, Pérez M, Sala J, et al. Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain : Comparison between hypnosis and relaxation. *Eur J Pain* 2007;11:463-8.
87. Gay MC, Philippot P, Luminet O. Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain : A comparison of Erickson hypnosis and Jacobson relaxation. *Eur J Pain* 2002;6:1-16.
88. Brel M. Intérêt de la pratique de l'hypnose par les médecins généralistes réunionnais en cabinet et en établissements de santé publics et privés 104p, Th : Méd. : Bordeaux, 2013
89. Annuaire des hypnothérapeutes et hypnopraticiens - Institut Français d'Hypnose [Internet]. [cité 12 janvier 2017]. Disponible sur: <http://www.hypnose.fr/annuaire-therapeutes/>
90. Le code éthique de la CFHTB - CFHTB [Internet]. [cité 19 février 2017]. Disponible sur: <http://www.cfhtb.org/confederation/le-code-ethique-de-la-cfhtb/>
91. Martinez D. Etude de l'utilisation des médecines parallèles dans une population de patients hospitalisés 130p, Th : Méd. : Lyon, 2000
92. Simon L., Prebay D., Beretz A., Bagot J.L., Lobstein A., Rubinstein, et al. Médecines complémentaires et Alternatives suivies par les patients cancéreux en France *Bull Cancer* 2007, 94, 5, 483-8
93. Zhang Y., Jones B., Ragain M., Spalding M., Mannschreck D., Young R. Complementary and alternative medicine use among primary care patients in west texas *Southern medical journal*, 2008 dec, 101, 12, 1232-7
94. Wardle J., Lui C.W., Adams J. Complementary and alternative medicine in rural communities: current research and future directions *J Rural Health*, 2012 Jan; 28(1):101-12
95. Herron M., Glasser M. Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among family practice patients in small rural Illinois communities *J Rural Health*, 2003 Summer;19(3):279-84)
96. 17 % des habitants vivent sous le seuil de pauvreté en 2012 - Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur - 16 [Internet]. [cité 12 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285915>

Table des illustrations :

▪ Liste des Figures

- Figure 1 : Les principaux récepteurs cutanés.
- Figure 2 : Les voies lemniscales et extra lemniscales.
- Figure 3 : Faisceaux néospinothalamique et paléospinothalamique
- Figure 4 : La théorie du « Gate Control ».
- Figure 5 : Boucle de rétroaction négative spino-bulbo-spinale proposée par Basbaum et Fields
- Figure 6 : Les voies descendantes de la douleur CIDN.
- Figure 7 : Perception et contrôle de la douleur et les médiateurs chimiques de la nociception.
- Figure 8 : Gravure représentant un baquet lors de séances d'hypnose.
- Figure 9 : Une leçon clinique à la Salpêtrière, (tableau de André BROUILLET, 1887). Représentation du neurologue Charcot, examinant une patiente : Blanche WITTMAN.
- Figure 10 : Milton Erickson (1901-1980)
- Figure 11 : Le processus d'Induction de la transe. (H. Spiegel, D. Spiegel, 1990).
- Figure 12 : Phase d'Induction.
- Figure 13 : La dynamique de l'hypnose.
- Figure 14 : Remémoration d'un souvenir agréable sous hypnose.
- Figure 15 : L'activité cérébrale associée à l'hypnose.
- Figure 16 : L'échelle de susceptibilité hypnotique de Stanford SHSS
- Figure 17 : Modulation hypnotique de la douleur.
- Figure 18 : Histogramme de la répartition en tranche d'âge en années.
- Figure 19 : Histogramme des pathologies douloureuses chroniques les plus fréquemment rencontrées en médecine générale.

- Figure 20 : Histogramme représentant les motifs rencontrés liés à l'échec de prise en charge thérapeutique.
- Figure 21 : Histogramme représentant la fréquence d'adressage après échec de prise en charge initiale.
- Figure 22 : Diagramme représentant la fréquence du recours à l'hypnose dans la prise en charge des douleurs chroniques.
- Figure 23 : Histogrammes des spécialités médicales concernées par la pratique de l'hypnose.
- Figure 24 : Diagramme représentant la place de l'Hypnose dans le parcours de soin.
- Figure 25 : Diagramme représentant le délai de recours à l'hypnose.
- Figure 26 : Diagramme représentant les facteurs limitant l'utilisation à l'hypnose.
- Figure 27 : Histogramme représentant la fréquence de recours en fonction de l'âge.

▪ **Liste des Tableaux**

- Tableau 1 : Les états de conscience naturels.
- Tableau 2 : Les différents types d'induction.
- Tableau 3 : Les modes de communication en hypnose.
- Tableau 4 : Les Domaines d'application de l'hypnose dans la douleur chronique.
- Tableau 5 : Répartition des effectifs en fonction du genre.
- Tableau 6 : Répartition des effectifs en fonction du lieu d'exercice.
- Tableau 7 : Genre des médecins en région PACA et dans notre étude.
- Tableau 8 : Age des médecins dans la région PACA et dans notre étude.
- Tableau 9 : Démographie des médecins dans la région PACA et dans notre étude.

Liste des abréviations

AEPH : Association Européenne des Praticiens en Hypnose.

AFNH : Association Française de la Nouvelle Hypnose.

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien.

APA : American Psychological Association.

APHM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.

APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.

ARS : Agence Régionale de Santé.

CBF : Cérébral Blood Flow.

CCA : Cortex Cingulaire Antérieur.

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux.

CFHTB : Confédération Française d'Hypnose et de Thérapie Brève.

CH : Centre Hospitalier.

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CIDN : Contrôle Inhibiteur Diffus Nociceptif

CNRD : Centre National de Ressource et de lutte contre la Douleur.

COX : Cyclo-oxygénase.

DESU : Diplôme d'Etude Supérieure Universitaire.

DIU : Diplôme Inter Universitaire.

DMN : Default Mode Network.

DN4 : Test diagnostique des Douleurs Neuropathiques.

DRESS : Direction des Recherches des Etudes et de l'évaluation des Statistiques.

DU : Diplôme Universitaire.

EEG : Electroencéphalogramme.

EN : Echelle Numérique.

EVA : Echelle Visuelle Analogique.

EVS : Echelle Verbale Simple.

GABA : acide gamma-aminobutyrique.

HAS : Haute Autorité de Santé.

IASP: International Association for the Study of Pain.

IFH: Institut Français d'Hypnose.

IRMf: Imagerie par Raionnance Magnétique fonctionnelle.

NRM : Noyau Raphé Magnus.

OGDPC : Organisme de Gestion et de Développement Personnel Continu.

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur.

PGF : Population Générale Française.

PTSD: Post Traumatic Stress Disorder.

QDSA: Questionnaire Douleur Saint Antoine.

RBRU: Région Bulbaire Rostro-Ventrale.

RQA : Récurrence Quantification Analysis.

SDRC: Syndrome Douloureux Régional Complexe.

SFMG: Société Française de Médecine Générale.

SGPA : Substance Grise Périaqueducule.

TEP : Tomographie par Emission de Positons.

VIP : Vasoactive Intestinal Polypeptide.

ANNEXES

Annexe n°1 : Le questionnaire adressé aux médecins.

QUESTIONNAIRE DE THESE DOULEURS CHRONIQUES ET HYPNOSE MEDICALE

1) Dans votre patientèle, y-a-t-il des patients atteints de pathologies chroniques douloureuses ?

- OUI NON

2) Si oui, quelles sont les étiologies des pathologies chroniques douloureuses les plus fréquemment rencontrées ?

- NEUROLOGIQUE (Céphalées, Neuropathies...)
 RHUMATHOLOGIQUE (Dorso-lombalgies chroniques, Fibromyalgie, Rhumatismes inflammatoires...)
 DIGESTIVE (TFI, MICI...)
 POST-TRAUMATIQUE
 POST-INFECTIEUX
 ONCOLOGIQUE
 PSYCHOPATHOLOGIQUE
 IATROGENIE (Chirurgie, Radiothérapie...)
 AUTRE (Préciser)

3) La Douleur Chronique est-elle un motif fréquent de consultation en médecine générale ?

- OUI NON

4) Au cours d'une journée, combien de patients vous consultent pour douleur chronique ?

< 25%

25-50%

50-75%

> 75%

5) De manière générale, les patients sont-ils soulagés ?

OUI

NON

6) Si non, quels sont le ou les motifs, les plus fréquemment rencontrés pouvant expliquer cet échec de prise en charge thérapeutique ?

Problème au niveau de l'organisation du réseau de soin

Non compliance du patient

Limitations des propositions thérapeutiques

Comorbidités associées (Dépression...)

Errance médicale

7) Où adressez-vous vos patients pour avis et prise en charge spécialisée, si échec après prise en charge initiale ?

Spécialiste

Centre anti douleur

Psychologue/psychiatre

Médecine Alternative (Acupuncture, ostéopathie, sophrologie, hypnose...)

Autre (Préciser)

8) Quel est le pourcentage de patients présentant une dépression traitée, associée à leur pathologie ?

< 25%

25-50%

50-75%

> 75%

9) Avez-vous déjà entendu parler d'hypnose médicale ?

- OUI NON

10) a) Si oui, Connaissez-vous les champs d'action applicables à l'hypnose dans le domaine médical ?

- OUI NON

b) Si oui, dans quels domaines pensez-vous que l'hypnose puisse intervenir ?

- ADDICTOLOGIE
- PSYCHOPATHOLOGIE (Phobies, Troubles anxieux, Dépression..)
- ANESTHESIE
- DOULEURS AIGUES
- DOULEURS CHRONIQUES (rhumatologique, neurologique, digestive, post traumatique..)
- MEDECINE GENERALE
- GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
- CHIRURGIE DENTAIRE
- URGENCES
- TOUTES SPECIALITES CONFONDUES
- AUTRES (Préciser)

11) Selon vous, l'hypnose médicale s'apparente à :

- Un Etat Modifié de Conscience
- Un Etat Psychique non clairement défini ou étudié
- Un phénomène de mode
- Un outils thérapeutique
- Un effet placebo
- Du charlatanisme

12) a) Avez-vous déjà proposé ou orienté un patient douloureux chronique vers une prise en charge thérapeutique par l'Hypnose Médicale ?

- OUI, vous y avez pensé par vous-même
- OUI, après une demande de la part du patient
- Fréquemment (Préciser)
- Rarement (Préciser)
- NON

b) Si « oui », à quel moment de la prise en charge thérapeutique l'hypnose intervient-elle ?

- Au début de la prise en charge
- Rapidement dans l'escalade thérapeutique
- Après plusieurs échecs thérapeutiques successifs
- En dernier recours
- Ça dépend

c) Au bout de combien de mois de prise en charge adressez-vous les patients vers un hypnothérapeute ?

- 0-6 mois
- 6-12 mois
- 12-18 mois
- 18-24 mois
- > 24 mois

d) Si « non » pour quelle(s) raison(s) ?

- Ethique /médicale : (Pas d'indication dans la prise en charge de ces pathologies)
- Financières (cout trop élevé pour le patient)
- Patient opposé aux pratiques non conventionnelles
- Manque d'information sur l'hypnose médicale.
- Vous n'y avez pas pensé.
- Autres (Préciser)

13) a) De manière générale, les patients ont-ils été soulagés ?

OUI

NON

b) Si oui, quels ont été le ou les objectifs thérapeutiques atteints ?

Amélioration de la qualité de vie

Reprise des activités de la vie quotidienne

Reprise du travail

Diminution des comorbidités associées (Dépression, autre...)

EVA<3

14) Un patient vous a-t-il déjà demandé d'avoir recours à l'Hypnose Médicale ?

OUI

NON

15) Connaissez-vous un médecin hypnothérapeute, dans votre secteur d'exercice médical ?

OUI

NON

16) Que représente pour vous l'hypnose médicale, dans la prise en charge thérapeutique de ces patients douloureux chroniques ?

Une alternative thérapeutique

Une solution éventuelle pour la gestion de leur pathologie et de leur souffrance

Un espoir pour le patient

Un danger potentiel

N'a pas sa place dans la prise en charge de ces pathologies et de ces patients.

17) Avez-vous déjà eu une expérience personnelle de l'hypnose ?

OUI

NON

18) Etes- vous :

Un homme

Une femme

19) Quelle est votre tranche d'âge ? :

- 30-40 ans
- 40-50 ans
- 50-60 ans
- > 60 ans

20) Où exercez-vous ?

- ville
- campagne
- semi-rural
- cabinet
- hôpital/clinique/autre structure

21) Avez-vous suivi une formation complémentaire (DU, DIU, DESC, autre formation), en plus de la médecine générale ?

- OUI (préciser)
- NON

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Laure FONTANEL – Interne Médecine Générale – Université Aix Marseille

Annexe n°2 : villes incluses dans l'étude.

Allauch, Aubagne, Auriol, Barjols, Brignoles, Cabriès, Carnoux, Carpentras, Cassis, Cavailhon, Cuers, Cuges les pins, Dignes, Fuveau, Gap, Gardanne, Gemenos, Hyères, Istres, La Crau, La Fare les oliviers, La seyne sur mer, Les Pennes Mirabeau, Le Rove, Manosque, Marignane, Marseille, Mimet, Miramas, Plan de Cuques, Pertuis, Peypin, Port saint Louis, Roquefort la Bédoule, Roquevaire, Saint Cyr sur mer, Saint Maximin, Saint Rémy de Provence, Salon de Provence, Saint Zacharie, Sanary, Signes, Toulon, Trets, Venelle.

Annexe n°3 : Résultats de l'enquête quantitative:

Fréquence d'adressage en fonction des caractéristiques des médecins généralistes.

	1		85	38,6%	135	61,4%	220	100,0%	
Question 16B une solution pour la gestion de leur pathologie souffrance	0		55	45,8%	65	54,2%	120	100,0%	0,66
	1		87	42,9%	116	57,1%	203	100,0%	
Question 11B, un état pathologique non clairement	0		134	44,1%	170	55,9%	304	100,0%	0,178
	1		16	57,1%	12	42,9%	28	100,0%	
Question 5, patients	0		64	41,8%	89	58,2%	153	100,0%	0,211
	1		86	48,3%	92	51,7%	178	100,0%	
Question 12P Ethique /médicale : (Pas d'indication dans la prise	0		136	42,8%	182	57,2%	318	100,0%	0,0001
	1		18	85,7%	3	14,3%	21	100,0%	
Question 12Q Financière (souffrance élevée	0		112	42,3%	153	57,7%	265	100,0%	0,025
	1		42	56,8%	32	43,2%	74	100,0%	
Question 12R Patient souffrant d'une pathologie non	0		144	46,0%	169	54,0%	313	100,0%	0,468
	1		10	38,5%	16	61,5%	26	100,0%	
Question 12S Manque d'information sur l'hygiène	0		44	20,4%	172	79,6%	216	100,0%	0,001
	1		110	89,4%	13	10,6%	123	100,0%	
Question 12T Vous n'y	0		88	33,0%	179	67,0%	267	100,0%	0,001
	1		66	91,7%	6	8,3%	72	100,0%	
Question 12U Autres	0		138	42,9%	184	57,1%	322	100,0%	0,0001
	1		16	94,1%	1	5,9%	17	100,0%	
Question 15A	0		130	65,0%	70	35,0%	200	100,0%	0,001
	1		19	14,6%	111	85,4%	130	100,0%	
Question 6C Limitations des propositions	0		38	48,1%	41	51,9%	79	100,0%	0,279
	1		66	40,7%	96	59,3%	162	100,0%	

Adressage									
		0		1		Total		p	
		Effectif	N % ligne	Effectif	N % ligne	Effectif	N % ligne		
Question 19 Age	0	2	50,0%	2	50,0%	4	100,0%		
	30-40	20	42,6%	27	57,4%	47	100,0%		
	40-50	23	34,3%	44	65,7%	67	100,0%		
	50-60	52	46,0%	61	54,0%	113	100,0%		
	>60	56	52,8%	50	47,2%	106	100,0%		
Question 19 Age	30-60	97	42,0%	134	58,0%	231	100,0%	0,058	
	>60	56	52,8%	50	47,2%	106	100,0%	0,058	
Question 18A Homme	0	49	41,2%	70	58,8%	119	100,0%	0,268	
	1	104	47,7%	114	52,3%	218	100,0%		
Question 20A Ville	0	42	38,5%	67	61,5%	109	100,0%	0,087	
	1	111	48,7%	117	51,3%	228	100,0%		
Question 20B Campagne	0	149	45,0%	182	55,0%	331	100,0%	0,416	
	1	4	66,7%	2	33,3%	6	100,0%		
Question 20C semi rural	0	120	48,6%	127	51,4%	247	100,0%	0,056	
	1	33	36,7%	57	63,3%	90	100,0%		
Question 20D Cabinet	0	96	43,6%	124	56,4%	220	100,0%	0,349	
	1	57	48,7%	60	51,3%	117	100,0%		
Question 20E Hopital/Clinique/Autre	0	153	46,5%	176	53,5%	329	100,0%	0,044	
	1	1	11,1%	8	88,9%	9	100,0%		
Question 17A Experience	0	132	48,5%	140	51,5%	272	100,0%	0,009	
	1	19	30,2%	44	69,8%	63	100,0%		
Question 4 Nombre de	<25%	123	46,2%	143	53,8%	266	100,0%	0,587	
	>=25%	31	42,5%	42	57,5%	73	100,0%		
Question 7D, medecine alternative	0	110	55,8%	87	44,2%	197	100,0%	0,0001	
	1	41	30,1%	95	69,9%	136	100,0%		
Question 10, champs	0	96	65,3%	51	34,7%	147	100,0%	0,0001	
	1	51	28,2%	130	71,8%	181	100,0%		
Question 14, patient	0	110	67,9%	52	32,1%	162	100,0%	0,001	
	1	42	24,6%	129	75,4%	171	100,0%		
Question 16A une	0	57	55,3%	46	44,7%	103	100,0%	0,006	
	1	85	38,6%	135	61,4%	220	100,0%		

p<0.05 : valeurs significatives

Annexe n°4 : Résultats descriptifs du questionnaire

Question1A OUI =1					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	347	100,0	100,0	100,0
Question2A NEUROLOGIQUE (Céphalées, Neuropathies...)					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	60	17,3	17,3	17,3
	1	287	82,7	82,7	100,0
	Total	347	100,0	100,0	
Question2B RHUMATHOLOGIQUE (Dorso-lombalgies chroniques, Fibromyalgie, Rhumatismes inflammatoires...)					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	7	2,0	2,0	2,0
	1	340	98,0	98,0	100,0
	Total	347	100,0	100,0	
Question 2C DIGESTIVE (TFI, MICI...)					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	263	75,8	75,8	75,8
	1	84	24,2	24,2	100,0
	Total	347	100,0	100,0	
Question2D POST-TRAUMATIQUE					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	230	66,3	66,3	66,3
	1	117	33,7	33,7	100,0
	Total	347	100,0	100,0	

Question2E POST-INFECTIEUX					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	327	94,2	94,2	94,2
	1	20	5,8	5,8	100,0
	Total	347	100,0	100,0	
Question2F ONCOLOGIQUE					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	205	59,1	59,1	59,1
	1	142	40,9	40,9	100,0
	Total	347	100,0	100,0	
Question2G PSYCHOPATHOLOGIQUE					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	218	62,8	62,8	62,8
	1	129	37,2	37,2	100,0
	Total	347	100,0	100,0	
Question2H IATROGENIE (Chirurgie, Radiothérapie...)					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	290	83,6	83,6	83,6
	1	57	16,4	16,4	100,0
	Total	347	100,0	100,0	
Question2I AUTRE (Préciser)					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	345	99,4	99,4	99,4
	1	2	,6	,6	100,0
	Total	347	100,0	100,0	

Question3A OUI =1					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	32	9,2	9,3	9,3
	1	312	89,9	90,7	100,0
	Total	344	99,1	100,0	
Manquante	Système manquant	3	,9		
Total		347	100,0		
Question4A					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	<25%	273	78,7	78,7	78,7
	25-50%	72	20,7	20,7	99,4
	50-75%	1	,3	,3	99,7
	>75%	1	,3	,3	100,0
	Total	347	100,0	100,0	
Manquante	Système manquant				
Total					
Question5A OUI =1					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	155	44,7	45,9	45,9
	1	183	52,7	54,1	100,0
	Total	338	97,4	100,0	
Manquante	Système manquant	9	2,6		
Total		347	100,0		
Question6A Problème au niveau de l'organisation du réseau de soin					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	222	64,0	90,6	90,6
	1	23	6,6	9,4	100,0
	Total	245	70,6	100,0	
Manquante	Système manquant	102	29,4		
Total		347	100,0		

Question6A Problème au niveau de l'organisation du réseau de soin					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	222	64,0	90,6	90,6
	1	23	6,6	9,4	100,0
	Total	245	70,6	100,0	
Manquante	Système manquant	102	29,4		
Total		347	100,0		
Question6B Non compliance du patient					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	156	45,0	63,7	63,7
	1	89	25,6	36,3	100,0
	Total	245	70,6	100,0	
Manquante	Système manquant	102	29,4		
Total		347	100,0		
Question6C Limitations des propositions thérapeutiques					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	81	23,3	33,1	33,1
	1	164	47,3	66,9	100,0
	Total	245	70,6	100,0	
Manquante	Système manquant	102	29,4		
Total		347	100,0		
Question6D Comorbidités associées (Dépression...)					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	69	19,9	27,8	27,8
	1	179	51,6	72,2	100,0
	Total	248	71,5	100,0	
Manquante	Système manquant	99	28,5		
Total		347	100,0		

Question6E Errance médicale					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	187	53,9	75,7	75,7
	1	60	17,3	24,3	100,0
	Total	247	71,2	100,0	
Manquante	Système manquant	100	28,8		
Total		347	100,0		
Question7A Spécialiste					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	121	34,9	35,6	35,6
	1	219	63,1	64,4	100,0
	Total	340	98,0	100,0	
Manquante	Système manquant	7	2,0		
Total		347	100,0		
Question7B Centre anti douleur					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	75	21,6	22,1	22,1
	1	265	76,4	77,9	100,0
	Total	340	98,0	100,0	
Manquante	Système manquant	7	2,0		
Total		347	100,0		
Question7C Psychologue/psychiatre					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	264	76,1	77,6	77,6
	1	76	21,9	22,4	100,0
	Total	340	98,0	100,0	
Manquante	Système manquant	7	2,0		
Total		347	100,0		

Question7D Médecine Alternative (Acuponcture, ostéopathie, sophrologie, hypnose...)					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	202	58,2	59,4	59,4
	1	138	39,8	40,6	100,0
	Total	340	98,0	100,0	
Manquante	Système manquant	7	2,0		
Total		347	100,0		
Question7E Autre (Préciser)					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	330	95,1	97,1	97,1
	1	10	2,9	2,9	100,0
	Total	340	98,0	100,0	
Manquante	Système manquant	7	2,0		
Total		347	100,0		
Question8A < 25% =1					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	170	49,0	50,9	50,9
	2	125	36,0	37,4	88,3
	3	33	9,5	9,9	98,2
	4	6	1,7	1,8	100,0
	Total	334	96,3	100,0	
Manquante	Système manquant	13	3,7		
Total		347	100,0		

Question9A OUI =1					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	16	4,6	4,7	4,7
	1	324	93,4	95,3	100,0
	Total	340	98,0	100,0	
Manquante	Système manquant	7	2,0		
Total		347	100,0		
Question10A OUI =1					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	148	42,7	44,3	44,3
	1	186	53,6	55,7	100,0
	Total	334	96,3	100,0	
Manquante	Système manquant	13	3,7		
Total		347	100,0		
Question10C ADDICTOLOGIE					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	52	15,0	22,4	22,4
	1	180	51,9	77,6	100,0
	Total	232	66,9	100,0	
Manquante	Système manquant	115	33,1		
Total		347	100,0		
Question10D PSYCHOPATHOLOGIE (Phobies, Troubles anxieux, Dépression..)					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	44	12,7	18,9	18,9
	1	189	54,5	81,1	100,0
	Total	233	67,1	100,0	
Manquante	Système manquant	114	32,9		
Total		347	100,0		

Question10E ANESTHESIE					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	100	28,8	43,1	43,1
	1	132	38,0	56,9	100,0
	Total	232	66,9	100,0	
Manquante	Système manquant	115	33,1		
Total		347	100,0		
Question10F DOULEURS AIGUES					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	183	52,7	78,9	78,9
	1	49	14,1	21,1	100,0
	Total	232	66,9	100,0	
Manquante	Système manquant	115	33,1		
Total		347	100,0		
Question10G DOULEURS CHRONIQUES (rhumatologique, neurologique, digestive, post traumatique..)					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	50	14,4	21,6	21,6
	1	182	52,4	78,4	100,0
	Total	232	66,9	100,0	
Manquante	Système manquant	115	33,1		
Total		347	100,0		
Question10H MEDECINE GENERALE					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	179	51,6	77,2	77,2
	1	53	15,3	22,8	100,0
	Total	232	66,9	100,0	
Manquante	Système manquant	115	33,1		
Total		347	100,0		

Question10I GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	173	49,9	74,6	74,6
	1	59	17,0	25,4	100,0
	Total	232	66,9	100,0	
Manquante	Système manquant	115	33,1		
Total		347	100,0		
Question10J CHIRURGIE DENTAIRE					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	175	50,4	75,4	75,4
	1	57	16,4	24,6	100,0
	Total	232	66,9	100,0	
Manquante	Système manquant	115	33,1		
Total		347	100,0		
Question10K URGENCES					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	213	61,4	91,8	91,8
	1	19	5,5	8,2	100,0
	Total	232	66,9	100,0	
Manquante	Système manquant	115	33,1		
Total		347	100,0		
Question10L TOUTES SPECIALITES CONFONDUES					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	208	59,9	89,7	89,7
	1	24	6,9	10,3	100,0
	Total	232	66,9	100,0	
Manquante	Système manquant	115	33,1		
Total		347	100,0		

Question10M AUTRES (Préciser)					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	230	66,3	98,7	98,7
	1	3	,9	1,3	100,0
	Total	233	67,1	100,0	
Manquante	Système manquant	114	32,9		
Total		347	100,0		
Question11A Un Etat Modifié de Conscience					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	99	28,5	29,1	29,1
	1	241	69,5	70,9	100,0
	Total	340	98,0	100,0	
Manquante	Système manquant	7	2,0		
Total		347	100,0		
Question11B Un Etat Psychique non clairement défini ou étudié					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	311	89,6	91,5	91,5
	1	29	8,4	8,5	100,0
	Total	340	98,0	100,0	
Manquante	Système manquant	7	2,0		
Total		347	100,0		
Question11C Un phénomène de mode					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	298	85,9	87,6	87,6
	1	42	12,1	12,4	100,0
	Total	340	98,0	100,0	
Manquante	Système manquant	7	2,0		
Total		347	100,0		

Question11D Un outils thérapeutique					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	109	31,4	32,1	32,1
	1	231	66,6	67,9	100,0
	Total	340	98,0	100,0	
Manquante	Système manquant	7	2,0		
Total		347	100,0		
Question11E Un effet placebo					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	315	90,8	92,6	92,6
	1	25	7,2	7,4	100,0
	Total	340	98,0	100,0	
Manquante	Système manquant	7	2,0		
Total		347	100,0		
Question11F Du charlatanisme					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	333	96,0	97,9	97,9
	1	7	2,0	2,1	100,0
	Total	340	98,0	100,0	
Manquante	Système manquant	7	2,0		
Total		347	100,0		
Question12A OUI, vous y avez pensé par vous-même					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	205	59,1	60,7	60,7
	1	133	38,3	39,3	100,0
	Total	338	97,4	100,0	
Manquante	Système manquant	9	2,6		
Total		347	100,0		

Question12B OUI, après une demande de la part du patient					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	284	81,8	84,0	84,0
	1	54	15,6	16,0	100,0
	Total	338	97,4	100,0	
Manquante	Système manquant	9	2,6		
Total		347	100,0		
Question12C Fréquemment (Préciser)					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	332	95,7	98,2	98,2
	1	6	1,7	1,8	100,0
	Total	338	97,4	100,0	
Manquante	Système manquant	9	2,6		
Total		347	100,0		
Question12D Rarement (Préciser)					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	281	81,0	83,1	83,1
	1	57	16,4	16,9	100,0
	Total	338	97,4	100,0	
Manquante	Système manquant	9	2,6		
Total		347	100,0		
Question12E NON					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	185	53,3	54,7	54,7
	1	153	44,1	45,3	100,0
	Total	338	97,4	100,0	
Manquante	Système manquant	9	2,6		
Total		347	100,0		

Adressage					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	153	44,1	45,3	45,3
	1	185	53,3	54,7	100,0
	Total	338	97,4	100,0	
Manquante	Systeme manquant	9	2,6		
Total		347	100,0		
Question12F Au début de la prise en charge					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	171	49,3	95,5	95,5
	1	8	2,3	4,5	100,0
	Total	179	51,6	100,0	
Manquante	Systeme manquant	168	48,4		
Total		347	100,0		
Question12G Rapidement dans l'escalade thérapeutique					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	150	43,2	83,8	83,8
	1	29	8,4	16,2	100,0
	Total	179	51,6	100,0	
Manquante	Systeme manquant	168	48,4		
Total		347	100,0		
Question12H Après plusieurs échecs thérapeutiques successifs					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	60	17,3	33,5	33,5
	1	119	34,3	66,5	100,0
	Total	179	51,6	100,0	
Manquante	Systeme manquant	168	48,4		
Total		347	100,0		

Question12I En dernier recours					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	165	47,6	92,2	92,2
	1	14	4,0	7,8	100,0
	Total	179	51,6	100,0	
Manquante	Système manquant	168	48,4		
Total		347	100,0		
Question12J Ça dépend					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	148	42,7	81,3	81,3
	1	34	9,8	18,7	100,0
	Total	182	52,4	100,0	
Manquante	Système manquant	165	47,6		
Total		347	100,0		
Question12K					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0-6 mois	69	19,9	37,7	37,7
	6-12 mois	78	22,5	42,6	80,3
	12-18 mois	23	6,6	12,6	92,9
	18-24 mois	8	2,3	4,4	97,3
	>24 mois	5	1,4	2,7	100,0
	Total	183	52,7	100,0	
Manquante	Système manquant	164	47,3		
Total		347	100,0		
Question12P Ethique /médicale : (Pas d'indication dans la prise en charge de ces pathologies)					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	326	93,9	93,9	93,9
	1	21	6,1	6,1	100,0
	Total	347	100,0	100,0	

DCHM12Q Financières (cout trop élevé pour le patient)					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	272	78,4	78,4	78,4
	1	75	21,6	21,6	100,0
	Total	347	100,0	100,0	
Question12R Patient opposé aux pratiques non conventionnelles					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	321	92,5	92,5	92,5
	1	26	7,5	7,5	100,0
	Total	347	100,0	100,0	
Question12S Manque d'information sur l'hypnose médicale.					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	220	63,4	63,4	63,4
	1	127	36,6	36,6	100,0
	Total	347	100,0	100,0	
Question12T Vous n'y avez pas pensé.					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	272	78,4	78,4	78,4
	1	75	21,6	21,6	100,0
	Total	347	100,0	100,0	
Question12U Autres (préciser)					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	330	95,1	95,1	95,1
	1	17	4,9	4,9	100,0
	Total	347	100,0	100,0	

Question13A OUI =1					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	50	14,4	26,5	26,5
	1	139	40,1	73,5	100,0
	Total	189	54,5	100,0	
Manquante	Système manquant	158	45,5		
Total		347	100,0		
Question13C Amélioration de la qualité de vie					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	13	3,7	9,3	9,3
	1	127	36,6	90,7	100,0
	Total	140	40,3	100,0	
Manquante	Système manquant	207	59,7		
Total		347	100,0		
Question13D Reprise des activités de la vie quotidienne					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	93	26,8	66,0	66,0
	1	48	13,8	34,0	100,0
	Total	141	40,6	100,0	
Manquante	Système manquant	206	59,4		
Total		347	100,0		
Question13E Reprise du travail					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	118	34,0	84,3	84,3
	1	22	6,3	15,7	100,0
	Total	140	40,3	100,0	
Manquante	Système manquant	207	59,7		
Total		347	100,0		

Question13F Diminution des comorbidités associées (Dépression, autre...)					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	79	22,8	54,1	54,1
	1	67	19,3	45,9	100,0
	Total	146	42,1	100,0	
Manquante	Système manquant	201	57,9		
Total		347	100,0		
Question13G EVA<3					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	119	34,3	85,0	85,0
	1	21	6,1	15,0	100,0
	Total	140	40,3	100,0	
Manquante	Système manquant	207	59,7		
Total		347	100,0		
Question14A OUI =1					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	165	47,6	48,7	48,7
	1	174	50,1	51,3	100,0
	Total	339	97,7	100,0	
Manquante	Système manquant	8	2,3		
Total		347	100,0		
Question15A OUI =1					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	203	58,5	60,4	60,4
	1	133	38,3	39,6	100,0
	Total	336	96,8	100,0	
Manquante	Système manquant	11	3,2		
Total		347	100,0		

Question16A Une alternative thérapeutique					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	104	30,0	31,6	31,6
	1	225	64,8	68,4	100,0
	Total	329	94,8	100,0	
Manquante	Système manquant	18	5,2		
Total		347	100,0		
Question16B Une solution éventuelle pour la gestion de leur pathologie et de leur souffrance					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	122	35,2	37,1	37,1
	1	207	59,7	62,9	100,0
	Total	329	94,8	100,0	
Manquante	Système manquant	18	5,2		
Total		347	100,0		
Question16C Un espoir pour le patient					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	224	64,6	68,1	68,1
	1	105	30,3	31,9	100,0
	Total	329	94,8	100,0	
Manquante	Système manquant	18	5,2		
Total		347	100,0		
Question16D Un danger potentiel					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	321	92,5	97,6	97,6
	1	8	2,3	2,4	100,0
	Total	329	94,8	100,0	
Manquante	Système manquant	18	5,2		
Total		347	100,0		

Question16E N'a pas sa place dans la prise en charge de ces pathologies et de ces patients.					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	323	93,1	97,3	97,3
	1	9	2,6	2,7	100,0
	Total	332	95,7	100,0	
Manquante	Système manquant	15	4,3		
Total		347	100,0		
Question17A OUI =1					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	278	80,1	81,3	81,3
	1	64	18,4	18,7	100,0
	Total	342	98,6	100,0	
Manquante	Système manquant	5	1,4		
Total		347	100,0		
Question18A Un homme					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	120	34,6	34,9	34,9
	1	224	64,6	65,1	100,0
	Total	344	99,1	100,0	
Manquante	Système manquant	3	,9		
Total		347	100,0		
Question18B Une femme					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	224	64,6	65,1	65,1
	1	120	34,6	34,9	100,0
	Total	344	99,1	100,0	
Manquante	Système manquant	3	,9		
Total		347	100,0		

Question19A Age					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	4	1,2	1,2	1,2
	30-40	48	13,8	14,0	15,1
	40-50	68	19,6	19,8	34,9
	50-60	115	33,1	33,4	68,3
	>60	109	31,4	31,7	100,0
	Total	344	99,1	100,0	
Manquante	Système manquant	3	,9		
Total		347	100,0		
Question20A ville					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	110	31,7	32,0	32,0
	1	234	67,4	68,0	100,0
	Total	344	99,1	100,0	
Manquante	Système manquant	3	,9		
Total		347	100,0		
Question20B campagne					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	338	97,4	98,3	98,3
	1	6	1,7	1,7	100,0
	Total	344	99,1	100,0	
Manquante	Système manquant	3	,9		
Total		347	100,0		
Question20C semi-rural					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	253	72,9	73,5	73,5
	1	91	26,2	26,5	100,0
	Total	344	99,1	100,0	
Manquante	Système manquant	3	,9		
Total		347	100,0		

Question20C semi-rural					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	253	72,9	73,5	73,5
	1	91	26,2	26,5	100,0
	Total	344	99,1	100,0	
Manquante	Système manquant	3	,9		
Total		347	100,0		
Question20D cabinet					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	225	64,8	65,4	65,4
	1	119	34,3	34,6	100,0
	Total	344	99,1	100,0	
Manquante	Système manquant	3	,9		
Total		347	100,0		
Question20E hôpital/clinique/autre structure					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	336	96,8	97,4	97,4
	1	9	2,6	2,6	100,0
	Total	345	99,4	100,0	
Manquante	Système manquant	2	,6		
Total		347	100,0		
Question21A1					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	285	82,1	83,3	83,3
	1	57	16,4	16,7	100,0
	Total	342	98,6	100,0	
Manquante	Système manquant	5	1,4		
Total		347	100,0		

Question21A2					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	318	91,6	93,0	93,0
	1	24	6,9	7,0	100,0
	Total	342	98,6	100,0	
Manquante	Système manquant	5	1,4		
Total		347	100,0		

Question21A3					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	303	87,3	88,6	88,6
	1	39	11,2	11,4	100,0
	Total	342	98,6	100,0	
Manquante	Système manquant	5	1,4		
Total		347	100,0		

Question21A4					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	324	93,4	94,7	94,7
	1	18	5,2	5,3	100,0
	Total	342	98,6	100,0	
Manquante	Système manquant	5	1,4		
Total		347	100,0		

Question21A5					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	246	70,9	71,9	71,9
	1	96	27,7	28,1	100,0
	Total	342	98,6	100,0	
Manquante	Système manquant	5	1,4		
Total		347	100,0		

Question21B					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	210	60,5	61,4	61,4
	1	132	38,0	38,6	100,0
	Total	342	98,6	100,0	
Manquante	Système manquant	5	1,4		
Total		347	100,0		

RESUME

Introduction : L'hypnose est une pratique de plus en plus utilisée de nos jours dans le domaine médical, notamment dans la prise en charge de la douleur. L'objectif de notre étude était d'évaluer la fréquence du recours à l'hypnose, par les médecins généralistes, dans la prise en charge de leurs patients douloureux chroniques.

Matériels et Méthodes : Etude quantitative descriptive menée auprès des médecins généralistes de plusieurs villes des bouches du Rhône et départements limitrophes, sous forme de questionnaire entre le premier novembre 2016 et le premier janvier 2017.

Résultats : 347 questionnaires ont été exploités, 53% des médecins ont déjà adressé un de leurs patients à un hypnothérapeute. 55% pensent connaître les champs d'application de l'hypnose en médecine. 70% considèrent l'hypnose comme un outil thérapeutique. L'hypnose intervient après plusieurs échecs thérapeutiques successifs dans 66% des cas. Le manque d'information sur cette pratique est un facteur limitant son utilisation pour 37% des médecins, ainsi que le manque de connaissance sur les réseaux de praticiens pour 12%. Les médecins orientant les patients vers un recours à l'hypnothérapie seraient plutôt des femmes entre 40 et 50 ans, exerçant en milieu semi-rural, ayant déjà expérimenté personnellement l'hypnose.

Conclusion : L'hypnose est reconnue et utilisée en tant qu'outil thérapeutique complémentaire dans de nombreux domaines. Cependant l'absence de cadre législatif réglementant sa pratique et le manque d'information la concernant, en font une pratique encore controversée de nos jours.

Mots Clés : Hypnose – Douleur chronique – médecine générale – recours – Bouches du Rhône.