



HAL
open science

Croyances et attitudes des psychiatres et addictologues à l'égard de l'hypnose

Raphaël Mery

► **To cite this version:**

Raphaël Mery. Croyances et attitudes des psychiatres et addictologues à l'égard de l'hypnose. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02072336

HAL Id: dumas-02072336

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02072336>

Submitted on 19 Mar 2019

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.

UNIVERSITÉ DE CLERMONT-FERRAND I
FACULTÉ DE MÉDECINE
THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)
PAR

MERY Raphaël

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2018

**Croyances et attitudes des psychiatres et addictologues à l'égard de
l'hypnose**

Président de jury : Monsieur LLORCA Pierre-Michel, Professeur, UFR de Médecine et des
Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres : Madame JALENQUES Isabelle, Professeure, UFR de Médecine et des Professions
Paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame FANTINI Maria Livia, Professeure, UFR de Médecine et des Professions
Paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame GENESTE-SAELENS Julie, Docteur, CHU de Clermont-Ferrand

Monsieur GUENON Pierre, Docteur, CHU de Clermont-Ferrand

Monsieur SAMALIN Ludovic, Docteur, CHU de Clermont-Ferrand



UNIVERSITÉ DE CLERMONT-FERRAND I
FACULTÉ DE MÉDECINE
THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)
PAR

MERY Raphaël

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2018

**Croyances et attitudes des psychiatres et addictologues à l'égard de
l'hypnose**

Président de jury : Monsieur LLORCA Pierre-Michel, Professeur, UFR de Médecine et des
Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres : Madame JALENQUES Isabelle, Professeure, UFR de Médecine et des Professions
Paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame FANTINI Maria Livia, Professeure, UFR de Médecine et des Professions
Paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame GENESTE-SAELENS Julie, Docteur, CHU de Clermont-Ferrand

Monsieur GUENON Pierre, Docteur, CHU de Clermont-Ferrand

Monsieur SAMALIN Ludovic, Docteur, CHU de Clermont-Ferrand



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE D'AUVERGNE	: JOYON Louis : DOLY Michel : TURPIN Dominique : VEYRE Annie : DULBECCO Philippe : ESCHALIER Alain
PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE BLAISE PASCAL	: CABANES Pierre : FONTAINE Jacques : BOUTIN Christian : MONTEIL Jean-Marc : ODOUARD Albert : LAVIGNOTTE Nadine
PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES	: BERNARD Mathias : DEQUIEDT Vianney : WILLIAMS Benjamin : HENRARD Pierre : PEYRARD Françoise : PAQUIS François



**UFR DE MEDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES**

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice

: **HAZAL** Jean

DOYEN

: **CLAVELOU** Pierre

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAL Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis – Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

PROFESSEURS DE
1ère CLASSE

M. DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
M. SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. BERGER Marc	Hématologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire

M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

PROFESSEURS DE
2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie

M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine

Bactériologie Virologie

Mme BOUTELOUP Corinne

Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel

Biophysique et Traitement de l'Image

Mlle GOUMY Carole

Cytologie et Histologie, Cytogénétique

Mme FOGLI Anne

Biochimie Biologie Moléculaire

Mlle GOUAS Laetitia

Cytologie et Histologie, Cytogénétique

M. MARCEAU Geoffroy

Biochimie Biologie Moléculaire

Mme MINET-QUINARD Régine

Biochimie Biologie Moléculaire

M. ROBIN Frédéric

Bactériologie

Mlle VERONESE Lauren

Cytologie et Histologie, Cytogénétique

M. DELMAS Julien

Bactériologie

Mlle MIRAND Andrey

Bactériologie Virologie

M. OUCHCHANE Lemlih

Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication

M. LIBERT Frédéric

Pharmacologie Médicale

Mlle COSTE Karen

Pédiatrie

M. EVRARD Bertrand

Immunologie

Mlle AUMERAN Claire

Hygiène Hospitalière

M. POIRIER Philippe

Parasitologie et Mycologie

Mme CASSAGNES Lucie

Radiologie et Imagerie Médicale

M. LEBRETON Aurélien

Hématologie

**MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE**

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MASDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mlle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale

M. LOLIGNIER Stéphane

Neurosciences – Neuropharmacologie

Mme MARTEIL Gaëlle

Biologie de la Reproduction

M. PINEL Alexandre

Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles

Médecine Générale

M. BERNARD Pierre

Médecine Générale

Mme ESCHALIER Bénédicte

Médecine Générale

Mme RICHARD Amélie

Médecine Générale

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

A MONSIEUR LE PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Pierre-Michel LLORCA

Professeur de Psychiatrie

Chef de Psychiatrie Adulte B, CHU Gabriel Montpied

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Je vous remercie également pour votre accompagnement tout au long de cet internat, de votre disponibilité, de votre bienveillance, de vos conseils pour ce travail de thèse, ainsi que pour vos encouragements.

Veillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude et mon respect le plus sincère.

AUX MEMBRES DU JURY

Madame le Professeur Isabelle JALENQUES

Chef de service de Psychiatrie Adulte A, CHU Gabriel Montpied

Vous me faites l'honneur d'être membre du jury de cette thèse.

Je vous remercie pour votre enseignement et votre encadrement durant cet internat.

Soyez assurée de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Madame le Professeur Maria Livia FANTINI

Service de Neurologie, Pôle NMDO, CHU Gabriel Montpied

Vous me faites l'honneur d'être membre du jury de cette thèse.

Je vous remercie très sincèrement d'avoir accepté d'apporter votre regard et d'avoir accordé votre attention à ce travail.

Soyez assurée de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Madame le Docteur Julie GENESTE-SAELENS

Chef du service d'Urgences Psychiatriques, Pôle Urgences, CHU Gabriel Montpied

Vous me faites l'honneur d'être membre du jury de cette thèse.

Je vous remercie très sincèrement pour votre enseignement et votre encadrement tout au long de cet internat durant lequel j'ai eu la chance d'apprendre à vos côtés.

Je vous remercie également de m'avoir offert l'opportunité de poursuivre mon apprentissage au sein du service d'urgences psychiatriques.

Soyez assurée de ma très sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Pierre GUENON
Service de Psychiatrie Adulte B, CHU Gabriel Montpied

Vous me faites l'honneur d'être membre du jury de cette thèse.
Je vous remercie sincèrement pour m'avoir initié à l'hypnose et pour l'ensemble de votre enseignement sans lequel ce travail n'aurait jamais été entrepris.
Je vous remercie également pour votre écoute, votre bienveillance et votre soutien.
Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Ludovic SAMALIN
Docteur en médecine
Service de Psychiatrie Adulte B, CHU Gabriel Montpied

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail de thèse.
Je vous remercie très sincèrement pour votre grande disponibilité, pour votre soutien ainsi que pour votre quête d'excellence sans laquelle ce travail n'aurait pas eu cette consistance.
Je vous remercie également pour votre enseignement qui a permis d'enrichir ma réflexion clinique et thérapeutique.
Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon plus grand respect.

Merci à tous ceux qui ont pris le temps de répondre à cette enquête et qui m'ont permis de réaliser ce travail.

Remerciements personnels

A Charlotte : merci de ton amour, de ton soutien à toute épreuve et de ta douceur incroyable sans lesquels je ne serais pas ce que je suis. Toujours aussi fier de voir ton ventre grandir de nous chaque jour. Je t'aime.

A ma famille : merci de votre soutien sans faille.

A ma belle-famille : je vous remercie pour tout ce que vous avez su m'apporter.

A mes amis : pour la chance que j'ai d'être si bien entouré.

Merci à mes maîtres de stage pour leur enseignement et la formation qu'ils ont su me donner.

Merci à mes co-internes et aux collègues que j'ai eu la chance de côtoyer au cours de cet internat.

Merci à tous ceux que l'on ne peut citer sur une seule page.

A la petite chose qui pousse et passe ses nuits à mes côtés : je t'aime et t'attends.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations.....	21
Introduction.....	25
1 Généralités	30
1.1 Historique	30
1.1.1 Paracelse	30
1.1.2 Mesmer et le magnétisme animal	31
1.1.3 Le Marquis de Puységur et le somnambulisme	33
1.1.4 Hypnotisme	34
1.1.5 Ecole de Nancy	35
1.1.6 Ecole de la Pitié-Salpêtrière	36
1.1.7 Pierre Janet.....	36
1.1.8 Freud et l’hypnose.....	37
1.1.9 Milton Erickson.....	39
1.1.10 Développements contemporains.....	41
1.2 Rappels neurophysiologiques.....	43
1.2.1 Etat de veille et sommeil	43
1.2.2 Neurophysiologie du processus attentionnel	56
1.2.3 Neurophysiologie de la conscience.....	65
1.3 Connaissances actuelles sur l’hypnose.....	70
1.3.1 L’état hypnotique	70
1.3.2 Efficacité clinique en psychiatrie.....	95
1.3.3 Croyances, attitudes et représentations sociales à l’égard de l’hypnose.....	120

2	Etude sur les croyances et attitudes des psychiatres et addictologues français à l'égard de l'hypnose	142
2.1	Introduction	142
2.2	Objectifs.....	143
2.3	Méthodologie	144
2.3.1	Population étudiée, critères d'inclusion et d'exclusion	145
2.3.2	Déroulement de l'étude	145
2.3.3	Outil de mesure.....	146
2.3.4	Analyses des données	148
2.4	Résultats	150
2.4.1	Taux de réponse	150
2.4.2	Caractéristiques socio-démographiques et socio-professionnelles	151
2.4.3	Résultats à la VSABH-T sur la population totale	155
2.4.4	Comparaison en fonction du sexe.....	157
2.4.5	Comparaison en fonction du niveau du grade : « internes » versus « docteurs »	158
2.4.6	Comparaison en fonction de la spécialisation	159
2.4.7	Comparaison en fonction de l'antériorité d'une expérience quelconque vis-à-vis de l'hypnose : « oui » versus « non ».....	159
2.4.8	Comparaison en fonction du contexte de l'expérience vis-à-vis de l'hypnose : « personnel » versus « professionnel »	160
2.4.9	Comparaison en fonction du but de l'expérience personnelle de l'hypnose : « ludique » versus « thérapeutique »	161
2.4.10	Comparaison en fonction du type de pathologies majoritaires dans l'activité	162
2.4.11	Comparaison en fonction du modèle psychothérapeutique préférentiel : « hypnose » versus « autres ».....	162
3	Discussion.....	165

3.1	Taux de réponse et population.....	166
3.2	Mise en perspective des attitudes et croyances mesurées par la VSABH-T avec la littérature	168
3.2.1	Mise en perspective sur le score total moyen	168
3.2.2	Mise en perspective sur les scores moyens par dimension.....	169
3.3	Interprétations et implications potentielles des principaux résultats des comparaisons inter-groupes	172
3.4	Perspectives générales de l’hypnose.....	174
3.5	Limites.....	177
	Conclusion	180
	Annexes	183
	Annexe 1 : formulaire de recueil des données socio-démographique et socio-professionnelles	183
	Annexe 2 : version originale de la VSABH-T	185
	Annexe 3 : traduction française de la VSABH-T	187
	Références.....	189

Liste des abréviations

AAA : Association des Alcooliques Anonymes

ACC : *Anterior Cingulate Cortices*

AFFEP : Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie

AFPBN : Association Française de Psychiatrie Biologique et Neuropsychopharmacologique

AIPC : Association des Internes et anciens internes en Psychiatrie du CHU de Clermont-Ferrand

AJPJA : Association des Jeunes Psychiatres et Jeunes Addictologues

ANM : Académie Nationale de Médecine

ANOVA : Analysis Of Variance

ATH : *Attitudes Towards Hypnosis*

BAI : *Beck Anxiety Inventory*

BDI : *Beck Depression Inventory*

BHS : *Beck Hopelessness Scale*

CALPAS : *California Alliance Psychotherapy Alliance Scale*

CES : *Cerebral Electro-Stimulation*

CFHTB : Confédération Francophone d'Hypnose et des Thérapies Brèves

CFO : Champ Frontal Oculaire

CFV : Cortex Frontal Ventral

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

DMN : *Default Mode Network*

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EBM : *Evidence-Based Medicine*

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

EEG : électroencéphalographie

EMDR : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*

ESA : Etat de Stress Aigu

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique
EVA : Echelle Visuelle Analogique
FIC : *Fronto-Insular Cortices*
GNW : *Global Neural Workspace*
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRMf : Imagerie par Rayonnement Magnétique fonctionnelle
ISI : *Insomnia Severity Index*
ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
JTP : Jonction Temporo-Pariétale
LC : Locus Coeruleus
LDT : Latéro-Dorsal Tegmentum
LPT : tegmentum pontique latéral
MPD : Mode Par Défaut
NICE : *National Institute of Health and Care*
NSC : noyau suprachiasmatique
NTM : noyau tubéro-mamillaire
OAH : *Opinions About Hypnosis*
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PC : précoeruleus
PCC : *Posterior Cingulate Cortices*
PCE : Potentiels Cérébraux Evoqués
PNL : Programmation Neuro-Linguistique
PPN : noyau pédiculo-pontin
rCBF : *regional Cerebral Blood Flow*
REM : *Rapid Eye Movement*
SF-12 : *Short Form 12*
SHSS-C : *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C*
SIP : sulcus intra-pariétal
SLD : sublatérodorsal
SN : *Saliency Network*

SOL : Sommeil à Ondes Lentes

SP : Sommeil Paradoxal

tACS : *transcranial Alternating Current Stimulation*

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires

TCC : Thérapies Cognitives et Comportementales

TEP-scan : Tomographie par Emissions de Positrons

VAKOG : Visuel, Acoustique, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif

vl-PAG : région périaqueducule ventro-latérale

VLPO : aire ventrolatérale pré-optique

VSABH-T : *Valencia Scale on Attitudes and Beliefs About Hypnosis -Therapist Version*

VSABTH-C : *Valencia Scale of Attitudes and Beliefs Towards Hypnosis – Client Version*

WAI : *Working Alliance Inventory*

INTRODUCTION

Introduction

Au cours de son histoire, l'hypnose a toujours nourri bon nombre de fantasmes et de croyances. Son utilisation thérapeutique a souvent été controversée par la communauté scientifique. L'image véhiculée par l'hypnose de spectacle a probablement contribué à la marginalisation de sa pratique thérapeutique en alimentant l'idée d'une relation d'influence dans laquelle le sujet est manipulé par « l'hypnotiseur » (1).

En dépit de ce phénomène, une partie de la communauté scientifique tend à réhabiliter la pratique thérapeutique de l'hypnose depuis maintenant plusieurs décennies. Récemment, la relecture de l'état hypnotique par les outils de recherche moderne, en particulier la neuroimagerie fonctionnelle, a grandement contribué à redonner du crédit à l'hypnose médicale (2,3).

Depuis le développement de protocoles d'hypnoanalgésie et d'hypnosédation dans les années 1990 sous l'impulsion du docteur M. A. Faymonville (4,5), cette pratique tend à se généraliser dans le domaine de l'anesthésie et de la prise en charge de la douleur. Dans ce contexte, les formations universitaires se sont multipliées depuis 2000 en France, date d'ouverture du premier Diplôme Universitaire (DU) d'hypnose médicale à la Pitié Salpêtrière sous la direction du Dr Benhaïem. Un état des lieux de l'hypnose médicale en France publié en 2017 montrait que sur les 30 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) recensés en France, tous pratiquaient l'hypnoanalgésie et 63.3% l'hypnosédation (6). Ces utilisations ont bénéficié d'une large couverture médiatique et ont partiellement modifié les représentations du public et des autorités de santé. A l'heure actuelle, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande l'usage de l'hypnose dans deux indications : la prise en charge ambulatoire de la douleur aiguë chez l'enfant de 1 mois à 15 ans (7) et, depuis 2017, la prise en charge de l'accouchement normal (8).

Dans la population générale, il existe également une demande croissante de prises en charge alternatives à la médecine allopathique conventionnelle (9). L'hypnose semble s'y intégrer, à tel point que le domaine des nouvelles technologies a investi ce marché. En témoigne une étude américaine publiée en 2013 où les auteurs ont recensé les applications disponibles sur iTunes utilisant la pratique de l'hypnose à visée thérapeutique (10). Dans ce travail, 1455 applications ont ainsi été retrouvées, parmi lesquels 407 ont été incluses dans

l'étude. Les résultats ont montré que ces applications avaient pour indications principales : la perte de poids (22.6%), le travail sur l'estime de soi (20.3%) et la relaxation (19.9%).

La psychiatrie n'échappe donc pas au phénomène d'extension actuel, même si la situation semble plus complexe qu'en anesthésie ; où, comme nous l'avons vu, la question de l'hypnose fait aujourd'hui l'objet d'un consensus.

En France, seulement 40% des CHU proposent des prises en charge par hypnothérapie (6) en psychiatrie. Les principales indications sont : les troubles anxieux (dans 91.7% des CHU français), les psycho-traumatismes (66.7%) et les troubles de l'humeur (25%). En psychiatrie, le recours à l'hypnose est donc non seulement bien moins fréquent qu'en anesthésie, mais de plus, ses indications sont variées et non consensuées. Certains éléments sont susceptibles d'expliquer ce constat.

Tout d'abord, même si l'Académie Nationale de Médecine (ANM) admet que l'hypnose possède un effet physiologique propre et distinct d'autres phénomènes (tel que l'effet placebo) (11), l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) rappelle que les modifications cérébrales en lien avec la transe hypnotique qui ont pu être objectivées ne permettent pas encore d'expliquer complètement ce phénomène (12) et donc d'en maîtriser pleinement les effets.

De plus, il existe un grand nombre d'approches différentes de l'hypnose (13,14). Ceci engendre une variabilité méthodologique et conceptuelle importante en hypnothérapie. Par conséquent, il est parfois difficile de se repérer dans la littérature et dans l'offre de soins.

Un autre élément d'explication réside dans la très forte « antinomie représentations-connaissances » qui existe autour de l'hypnose (15). En effet, en ce qui concerne l'hypnose, deux types de connaissances sont étroitement mêlées : les connaissances scientifiques et les connaissances sociales. Dans son article, D. Michaux assimile ces dernières au terme de « représentations sociales ». Il propose une hypothèse selon laquelle les représentations sociales de l'hypnose s'opposeraient aux changements « qui pourraient résulter de l'expérience clinique et de la recherche scientifique » pour trois raisons principales.

La première serait liée à l'histoire de l'hypnose elle-même et aux théories de Mesmer. Au XVIII^{ème} siècle, ce dernier affirmait que les phénomènes observés lors de ses séances étaient naturels et que l'on pouvait leur trouver une explication scientifique. Ce postulat était à l'opposé des représentations de l'époque qui tendaient plutôt vers une explication mystico-

religieuse où cette pratique a été assimilée de la sorcellerie. Aujourd'hui encore, le personnage du sorcier ou du magicien reste des images couramment associées à l'individu qui pratique l'hypnose.

La seconde cause avancée par l'auteur serait reliée à la question de la nature des relations interpersonnelles et de l'influence susceptible de s'y développer. Si les sociétés occidentales valorisent la conception de l'individu comme étant un être « autonome et responsable de ses actes », les représentations sociales de l'hypnose vont plutôt en sens inverse : cette considération peut justifier les espoirs parfois démesurés de patients souhaitant rester passif ou en quête d'une « guérison malgré eux », tout comme l'effroi de ceux qui craignent une dépendance dans la relation hypnotique.

La troisième explication que fournit l'auteur est que chaque individu a fait l'expérience de l'hypnose de manière empirique au travers de son enfance (en particulier dans la relation symbiotique à la mère). Cette expérience serait à l'origine de deux phénomènes : l'hypnose trouve une représentation chez tous les publics (indépendamment de l'âge et de l'origine sociale) ; cette représentation renvoie à l'imaginaire de l'enfance et tend à se situer plus près des croyances que des connaissances scientifiques. Michaux affirme dans cet article que « la représentation sociale joue ainsi un rôle central dans la détermination des attitudes du sujet et de l'hypnothérapeute par rapport à l'hypnose ».

Ainsi, l'étude des croyances (en tant que composante des représentations sociales) et des attitudes à l'égard de l'hypnose se révèlent comme étant un sujet particulièrement pertinent pour comprendre les comportements qui en découlent. En 2017, une revue de la littérature internationale sur « ce que le public pense de l'hypnose » a été publiée (16). Trente et une études parues entre 1996 et 2016 ont été incluses. Ce travail confirme une attitude plutôt favorable vis-à-vis de l'hypnothérapie et, d'après les résultats, la majorité de la population se montre disposée à y recourir au besoin. La littérature concernant les croyances et attitudes des thérapeutes est moins conséquente, en dépit du fait qu'elles peuvent constituer un frein notable à l'utilisation de l'hypnothérapie, comme le suggèrent certaines études (17,18). L'étude de ce domaine chez les cliniciens pourrait permettre de mieux comprendre les rapports entretenus entre la psychiatrie et l'hypnose.

Le premier chapitre de notre thèse retrace l'histoire de l'hypnose puis présente un certain nombre de rappels neurophysiologiques traitant des processus de veille et sommeil, d'attention et de conscience. La suite de ce chapitre explore les connaissances actuelles concernant l'état hypnotique et tente de positionner ce phénomène parmi les processus déjà cités. Nous y traitons également de l'efficacité clinique de l'hypnose en psychiatrie avant d'aborder de manière spécifique les données portant sur les croyances et attitudes à l'égard de l'hypnose.

Le second chapitre présente les objectifs de notre étude sur les croyances et attitudes des psychiatres et addictologues à l'égard de l'hypnose en France, la méthodologie que nous avons choisi d'utiliser pour réaliser ce travail ainsi que l'ensemble des résultats obtenus.

Enfin, le dernier chapitre discute de l'intérêt de la prise en compte des croyances et attitudes des psychiatres dans leur rapport à l'hypnose sur la base de nos résultats.

**Première partie : généralités, revue de la
littérature**

1 Généralités

1.1 Historique

Dans la mythologie grecque, Hypnos est le fils de la Nuit et le frère jumeau de la Mort. Il incarne la personnification du sommeil. En 1843, le terme « hypnose » est utilisé pour la première fois par le chirurgien écossais James Braid pour décrire un phénomène dont on relève les traces bien avant l'invention de ce mot (19).

En effet, certains auteurs proposant une théorie chamanique de l'art rupestre ont relevé des similitudes entre les représentations préhistoriques et l'état hypnotique (20,21). Cependant les premières traces écrites utilisant des procédés hypnotiques à visée thérapeutique date de -4000 av J.C. (22). Des papyrus issus de l'Égypte antique ont révélé que certains prêtres de haut rang traitaient parfois leurs patients par des séances de suggestions durant le sommeil (21).

Des méthodes comparables étaient utilisées dans la Grèce antique, ces « cures » se déroulaient dans les temples dédiés à Asclepios (divinité de la médecine). Socrate lui-même aurait traité certaines affections par suggestion (21).

Un faisceau d'arguments nous porte donc à croire que l'hypnose a, de tous temps, été utilisée sous des formes différentes. Les sections suivantes proposent de balayer chronologiquement l'histoire de cette discipline en présentant une liste non exhaustive de figures majeures et de courants de pensées qui ont contribué à son développement.

1.1.1 Paracelse

Philippus Theophrastus Aureolus Bombastus von Hohenheim (1493-1541) de son vrai nom, est médecin et philosophe suisse. Celui-ci est probablement l'un des premiers précurseurs de l'hypnose. Il publie en 1531 « Des maladies invisibles et de leurs causes » où il note : « l'imagination exerce un tel pouvoir qu'un patient, se croyant sincèrement atteint d'épilepsie peut en présenter les symptômes et même succomber à une crise [...] La puissance

imaginative de l'esprit est le remède pour certaines faiblesses et certains dommages du corps de l'Homme ». Il souligne également dans cet ouvrage la vertu thérapeutique que la suggestion peut présenter (23).

Au cours de sa vie, Paracelse élabore sa théorie du « fluide universel » selon laquelle les maladies seraient causées par une mauvaise circulation de ce fluide aux propriétés magnétiques. Sur cette base théorique, il développe des traitements pour réguler cette circulation à l'aide d'aimants et de suggestions : il appelle cette technique « magnétisme » (21).

Ses travaux étant publiés uniquement en langue allemande à l'époque, ils ne trouveront qu'un très faible écho en dehors des pays germanophones pendant plusieurs siècles.

1.1.2 Mesmer et le magnétisme animal

Près de deux siècles plus tard, Franz Anton Mesmer (1734-1815), médecin allemand, se saisit de la théorie du fluide universel de Paracelse pour développer la sienne. Il pense, comme son prédécesseur, que certaines maladies sont dues à un déséquilibre dans la circulation d'un fluide magnétique invisible au sein du corps (21).

A ses débuts, il utilise donc des aimants pour rétablir cet équilibre puis en vient à s'interroger sur l'influence du soignant dans le processus de guérison. Il finit par conclure que le corps du soignant étant « imbibé de magnétisme », il n'est pas nécessaire d'utiliser des aimants pour traiter la maladie puisque la guérison peut s'obtenir par toucher et « passes » opérées autour du corps du patient (19).

Il baptise cette théorie « magnétisme animal » (que l'on retrouve également sous le nom de « mesmérisme »). Il va développer de nouvelles techniques, dont l'une consiste à utiliser des baquets remplis d'un liquide, que Mesmer a préalablement « magnétisé », qui lui permettent de « traiter » jusqu'à 30 personnes à la fois. Après s'être installé à Paris où il exerce dans ses appartements privés en 1778, cette pratique connaît un grand succès à l'époque et lui permet d'acquérir rapidement une importante notoriété (24).

A tel point que le roi Louis XVI décide de créer, à l'insu de Mesmer, deux commissions scientifiques pour trancher le débat qui l'oppose alors aux médecins français. La première est

dirigée par l'Académie des Sciences et la seconde par la Société Royale de Médecine. Les rapports de ces commissions constituent les premières études scientifiques rédigées sur le sujet. On y trouve, entre autres, une description détaillée des « séances de baquet » (Figure 1) : « au milieu d'une grande salle, est placée une caisse circulaire faite de bois de chêne et élevée d'un pied et demi ; le dessus de cette caisse est percé d'un nombre de trous d'où sortent des branches de fer coudées et mobiles. Les malades sont placés en plusieurs rangs autour de ce baquet, chacun dispose d'une branche de fer, laquelle au moyen d'un coude peut être directement appliqué sur la partie malade ; une corde passée autour de leurs corps les unit les uns aux autres. Une fois tout ce dispositif en place, les malades attendent le signal de Mesmer pour déclencher des crises convulsives que l'on disait « salutaires » » (24). Ces rapports rendent tous deux – après plusieurs séries d'expérimentations - un avis défavorable, concluant à l'inexistence du « fluide magnétique » et à « l'inutilité » voire à la « dangerosité » du magnétisme : « l'imagination sans magnétisme produit des convulsions [...] le magnétisme sans imagination ne produit rien ». Carles d'Eslon, disciple de Mesmer chargé de défendre sa théorie devant les commissions, aurait répliqué qu'il était « remarquable d'obtenir de l'imagination des effets aussi visibles sur la santé [et que] si un tel traitement par l'imagination s'avérait efficace, pourquoi ne pas l'utiliser ? » (19). Une conclusion officieuse soulignerait le danger social que représentait cette pratique du fait de certains actes de violences commis par et sur des patients magnétisés durant les séances (21).

En 1784, Louis XVI interdit donc par décret royal cette pratique. Mesmer quitte la France pour la Suisse où il décède en 1815 à l'âge de 81 ans.

Gravure anonyme du XVIIIème siècle illustrant les « séance de baquet de Mesmer »



Figure 1

1.1.3 Le Marquis de Puységur et le somnambulisme

Armand Marie Jacques de Chastenet (1751-1825), Marquis de Puységur, est un contemporain de Mesmer. C'est au cours d'une conférence où ce dernier ne parvient pas à créer la « crise magnétique » habituelle chez le patient (celui-ci ne présentant qu'un état de sommeil apparent dans lequel il exécute simplement ce qui lui est demandé) que Puységur va identifier et s'interroger sur le comportement de « transe ». Il qualifie cet état de « somnambulisme » ou « sommeil magnétique » (19).

En étudiant cet état particulier, il constate que le contact physique n'est pas nécessaire à son apparition et que le patient « somnambulique » reste en capacité d'entendre, de ressentir et de répondre aux questions. Il observe néanmoins une forme de « soumission » au magnétiseur qu'il associe à un accroissement des capacités du patient à résoudre sa maladie. Pour Puységur comme pour Mesmer, le « pouvoir de guérison » reste aux mains du guérisseur même s'il n'admet pas l'existence d'un fluide universel (25). Son approche est parfois résumée

par l'injonction qu'il répétait à ses élèves : « croyez et veuillez, et voilà toute la science... » (26).

A la même époque, l'Abbé Faria (1756-1819), moine portugais vivant à Paris, évoquait quant à lui un phénomène de « misattribution » dans lequel le sujet hypnotisé attribue à tort un pouvoir au guérisseur. Il réfute également l'idée d'un fluide universel comme explication à l'état qu'il appelle « sommeil lucide »(19).

1.1.4 Hypnotisme

La paternité de ce terme est généralement attribuée à James Baid (1795-1860), chirurgien écossais qui utilise les termes d' « hypnotisme » et d' « hypnose » dans son ouvrage « *Neurology or the Rationale of the Nervous Sleep* » publié en 1843 (27). Notons que ce terme semble toutefois avoir été proposé par le baron Étienne Félix d'Hénin de Cuvillers dès 1819 (28).

A la suite des rapports émis sur le magnétisme animal, cette pratique connaît une phase de déclin. Il faut attendre l'arrivée de James Braid pour assister à une forme de réhabilitation par la médecine de certains de ces usages.

Après avoir été initié au mesmérisme par un médecin itinérant français nommé Charles Lafontaine, Braid refuse la théorie du magnétisme animal tout comme l'existence du fluide magnétique et propose une conception plus physiologique des manifestations observées. Il admet cependant que les « mesméristes » ont découvert un procédé thérapeutique important. Pour lui, la « mesmérisation » est principalement obtenue par la fixation prolongée du regard sur un objet brillant situé légèrement au-dessus de la ligne d'horizon des yeux (19,21,28). C'est d'ailleurs lui qui introduit l'usage du pendule comme méthode d'induction (méthode abandonnée à l'heure actuelle car trop caricaturale). Il redonne une consistance scientifique à l'hypnose en offrant une pratique standardisée servant alors d'anesthésie et ouvrant la voie à d'autres chirurgiens de l'époque comme Paul Broca (1824-1880). L'étude des aspects techniques est privilégiée à celle des aspects relationnels sur lesquels Puységur et l'Abbé Faria avaient mis l'accent.

Malgré le succès rencontré, l'anesthésie sous hypnose est supplantée par l'apparition de l'anesthésie chimique par chloroforme à partir de 1847 ou par protoxyde d'azote dès 1844 et va être délaissée pour un temps (28).

1.1.5 Ecole de Nancy

L'école de Nancy a été fondée en 1882 sous l'impulsion du docteur Ambroise Auguste Liébault (1823-1904) et du professeur en médecine Hippolyte Bernheim (1840-1919). Elle a entre autres été rendue célèbre par le conflit qui l'opposa à l'école de la Pitié-Salpêtrière de Jean Martin Charcot, à propos de conceptions différentes de l'hypnose. L'école de Nancy prône une théorie psychologique là ou celle de la Pitié-Salpêtrière tend vers une approche neurologique. Cette école est également connue pour avoir participé à la réintroduction de l'hypnose dans les hôpitaux universitaires français (21).

Ambroise Auguste Liébault est médecin de campagne à l'origine. Il se serait tourné vers l'hypnose après la lecture de comptes rendus d'opérations réalisés sous hypnose par Paul Broca. Il délaisse progressivement la médecine somatique pour se consacrer uniquement à l'hypnose à partir de 1860. Il développe les théories de l'Abbé Faria concernant la notion d'influence et de suggestion : « l'idée est suggérée et sa réalisation dépend de la volonté de l'individu qui garde son libre arbitre ». Comme bon nombre de ses prédécesseurs, il rejette l'idée du magnétisme animal. Pour lui, l'hypnotisme permet un réaménagement de l'histoire du patient dont les symptômes seraient consécutifs à des traumatismes antérieurs (21,29).

Il aurait rencontré le professeur Bernheim lors d'une consultation : celui-ci y aurait été traité pour une sciatalgie. Ce n'est qu'après ce succès thérapeutique que Bernheim aurait commencé à s'intéresser à l'hypnose. Les deux hommes travaillent à l'étude des principes de suggestions et introduisent un concept nouveau qui veut que « toute idée suggérée tende à se faire acte » : l'idéo-dynamisme. Ils considèrent tous deux le phénomène hypnotique comme le résultat physiologique de la suggestion et, pour eux, l'état hypnotique ne correspond qu'à une exaltation de la suggestibilité normale du sujet. Ces travaux aboutissent à la mise en pratique des premières formes de psychothérapie moderne dès 1903, où le thérapeute traite le patient uniquement par suggestion (19,28,29).

Emile Coué (1857-1926) développe sa célèbre « méthode Coué » à partir des conceptions de l'école de Nancy. Cette méthode pose les bases de la pratique de l'autohypnose.

1.1.6 Ecole de la Pitié-Salpêtrière

Représentant de cette école, Jean Martin Charcot (1825-1893), neurologue et directeur de la Pitié-Salpêtrière, voit dans l'hypnose un moyen d'étude et de traitement intéressant de l'hystérie à partir de 1878. Pour lui, l'état hypnotique correspond à un état neuropathologique pathognomonique de l'hystérie. Il plaide la cause d'une explication purement neurologique (en opposition avec l'école de Nancy) du « grand hypnotisme » - concept qu'il développe à la suite de ses travaux sur la « grande hystérie » - qui comporte d'après lui quatre phases : léthargie, catalepsie, somnambulisme et amnésie. La suggestibilité est ici l'une des caractéristiques pathologiques de l'hystérie. Charcot tente de démontrer cette théorie en utilisant des suggestions post-hypnotiques qui lui permettent de supprimer ou d'induire des symptômes conversifs lors de séances en public (19).

Le conflit qui oppose les écoles de Nancy et de la Pitié-Salpêtrière ne s'apaise qu'à la mort de Charcot en 1893.

En dépit de nombreux biais méthodologique dans la démarche de Charcot vis-à-vis de l'hypnose, ce-dernier a su mettre en avant dans ses travaux sa conviction que certaines pensées et certains actes pouvaient être dissociés de l'état vigile conscient (30). Cette idée constitue une avancée majeure dans la compréhension des troubles névrotiques et va impacter de manière considérable la psychiatrie à partir de la fin du XIXème siècle.

1.1.7 Pierre Janet

Pierre Janet (1859-1947) est l'un des élèves de Charcot. Il se forme à ses côtés à la pratique de l'hypnose (28). S'il est rattaché à l'école de la Pitié-Salpêtrière où le laboratoire de psychologie lui est confié de 1889 à 1910, il se ralliera aux théories de l'école de Nancy en

ce qui concerne la nature physiologique de l'état hypnotique et le concept d'idéo-dynamisme (31). Reprenant l'idée de Charcot selon laquelle certaines pensées et certains actes s'opèrent en dehors de l'état vigile conscient, il parle pour la première fois de « processus dissociatif » et « d'état de double conscience » pour caractériser l'hypnose, notions toujours utilisées à l'heure actuelle. La dissociation pouvant être définie chez Janet comme un « rétrécissement du champ de la conscience » entraînant une compartimentation entre des fonctions normalement associées (32).

Jean Cottraux considère également Pierre Janet comme l'inspirateur le plus proche des thérapies cognitives et comportementales (TCC) (33).

Au cours de ses travaux, il développe l'utilisation de l'hypnose dans le psychotraumatisme et ouvre encore le domaine de la psychopathologie sur la base des conceptions de Liébault et Bernheim (21,28,31).

Son œuvre est assez largement reprise au début des années 2000 dans un contexte d'intérêt croissant porté à l'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) (34).

1.1.8 Freud et l'hypnose

Sigmund Freud (1856-1939), médecin autrichien neurologue de formation, se forme à l'hypnose sur les conseils de son ami Josef Breuer (1842-1925). Il suit les cours de Charcot à la Pitié-Salpêtrière pendant quatre mois entre 1885 et 1886. Si l'influence de ce dernier est primordiale dans l'élaboration de son premier topique - dans lequel l'appareil psychique est conçu selon trois systèmes distincts : conscient, préconscient et inconscient – il finit par rallier les théories de l'école de Nancy en ce qui concerne l'hypnose. Il effectue un stage de quelques semaines à Nancy où il rencontre Bernheim dont il critique l'autoritarisme tout en lui reconnaissant un talent certain (19,35).

Freud, après avoir pratiqué l'hypnose pendant plusieurs années, délaisse progressivement cette méthode à partir de 1892 pour se consacrer à la question du transfert en psychanalyse. Ce choix est motivé par certains éléments connus et documentés (35).

Il juge que la thérapie par hypnose est trop incertaine et manque de répliquabilité dans la mesure où cette technique n'est pas applicable à tous les patients avec le même degré de fiabilité (notamment en ce qui concerne la profondeur de la transe hypnotique) (36).

Freud écrit : « la disparition des symptômes, il est vrai, s'effectuait parallèlement à la catharsis, mais le succès global s'avérait pourtant totalement dépendant de la relation du patient au médecin, se présentait donc comme un succès de la « suggestion », et lorsque cette relation se détruisait, tous les symptômes resurgissaient, comme s'ils n'avaient jamais trouvé de résolution. » (37). Il n'est donc pas satisfait des résultats qu'il obtient avec l'hypnose.

Dans son ouvrage « ma vie et la psychanalyse », Freud évoque un événement survenu entre 1891 et 1892 susceptible d'expliquer cette mise à distance. A l'issue de l'une de ces séances avec « l'une de [ses] plus dociles patiente », celle-ci se serait jetée brutalement à son cou. Il explique : « j'avais l'esprit assez froid pour ne pas mettre cet événement au compte de mon irrésistibilité personnelle et je pensais maintenant avoir saisi la nature de l'élément mystique agissant derrière l'hypnose. Afin de l'écartier, ou du moins de l'isoler, je devais abandonner l'hypnose » (38). A la suite de cela, Freud entame l'élaboration de sa théorie du transfert.

Nombre d'auteurs avaient décrit ce phénomène avant lui : Mesmer parlant de « rapport magnétique », Puységur et Deleuze de « tendre attachement », Janet de « passion somnambulique », Braid de « sympathie » ... Si certains considèrent la théorie du transfert comme la relecture d'un phénomène déjà décrit dans la littérature, une des contributions majeures de Freud est d'avoir fait de ces données relationnelles - décrites dans l'histoire de l'hypnose – un moteur aux processus thérapeutiques et non pas un « artefact » gênant (39).

Dans un article de 2008 consacré aux rapports que Freud entretient avec l'hypnose, Antoine Bioy pose la question de savoir si la psychanalyse ne serait pas une forme d' « hypnose sans suggestion » (35). Malgré certains procédés communs - tels que l'utilisation d'un état psychique analogue ou de la libre association - les différences dans les usages qui sont faits de la parole des patients et dans leurs méthodologies ne permettent pas d'affirmer cette théorie.

S'il abandonne progressivement sa pratique, Freud entretient des rapports ambivalents et se questionne toute sa vie sur l'hypnose. Il dit en 1924 : « on ne surestimera jamais trop l'importance de l'hypnotisme dans la genèse de la psychanalyse. D'un point de vue théorique comme thérapeutique, la psychanalyse gère un héritage qu'elle a reçu de l'hypnotisme. » (37); son ambivalence se retrouve en 1937 : « l'influence exercée par

l'hypnose semblait être un excellent moyen pour atteindre nos fins [...] Nous n'avons pas trouvé jusqu'à présent de substitut à l'hypnose » (40).

Johannes Heinrich Schultz (1884-1970), après avoir rencontré Freud en 1913, met au point une méthode de relaxation baptisée « training autogène » qu'il publie en 1933 (41). Son travail connaît un important succès puis est partiellement délaissé dans la seconde moitié du XXème siècle aux vues de sa participation active à l'extermination des handicapés mentaux sous le IIIème Reich (42).

1.1.9 Milton Erickson

L'apport de Milton Hylland Erickson (1901-1980), psychiatre américain, au champ de l'hypnose va constituer la base d'un renouveau important. Personnalité « hors du commun », Erickson est daltonien, amusique et frôle la mort à l'âge de 17 ans en contractant la poliomyélite. C'est à l'occasion de cet évènement qu'il dit avoir pratiqué, sans le savoir, l'autohypnose pour la première fois : lors de sa rééducation, il développe des exercices où il imagine les mouvements que ses membres doivent réaliser. Il aurait recouvert la quasi-totalité de sa motricité en un an seulement (43).

Clark Leonard Hull (1884-1952) est professeur en psychologie d'influence *Behaviorist* à l'université de Yale lorsque Milton Erickson suit ses cours. Déplorant l'abandon relatif de l'hypnose au cours des deux dernières décennies, il lance le premier programme de recherche à grande échelle consacré à l'hypnose et à la suggestibilité où il applique les méthodes expérimentales et statistiques de la psychologie moderne (19,44,45). Des recherches effectuées dans la continuité de ces travaux permettront la mise au point de l'échelle d'hypnotisibilité de Stanford en 1961 par Hilgard et Weitzenhoffer – échelle qui sert de *gold-standard* encore à l'heure actuelle (19).

A partir des années 50, Erickson publie un grand nombre de cas cliniques où il développe des techniques thérapeutiques innovantes basées sur une approche observationnelle et utilisationnelle des éléments de communication non-verbaux et paraverbaux. Pour lui, l'état hypnotique est physiologique. En travaillant avec Carl Rodgers (1902-1987) et sa notion de « relation d'aide », il souligne l'intérêt de l'implication du

thérapeute dans la relation hypnotique en incluant l'état de transe de celui-ci comme une condition à la mise en place d'un processus thérapeutique. Il offre aussi une conception nouvelle de la notion d'inconscient qu'il considère non pas comme un « refouloir pulsionnel » mais comme « un réservoir de ressources intérieures » (46). Erickson dévoile la nature métaphorique de l'hypnothérapie - en majorant l'utilisation de suggestions indirectes pendant ses séances – et la prédisposition que chacun possède à l'apprentissage de l'état hypnotique (19).

Schématiquement, suite aux apports d'Erickson, deux types d'approches seront distingués :

-l'hypnose classique qui a tendance à utiliser un style directif, franc et autoritaire, employant principalement des suggestions directes, pour tendre vers les objectifs définis par le thérapeute ;

-l'hypnose moderne (largement issue des travaux de Milton Erickson) qui emploie une attitude utilisationnelle permissive du thérapeute et emploie plutôt des suggestions indirectes (souvent de nature métaphorique) dans le but de faire émerger les solutions propres chez le patient. Cette approche individuelle centrée sur le patient et sa demande permet une adaptabilité remarquable mais rend chaque intervention non reproductible. Elle témoigne d'un souci d'efficacité thérapeutique important chez Erickson qui entrave néanmoins la réalisation d'études scientifiques rigoureuses sur le sujet.

Pour comprendre son influence sur la psychiatrie et la psychologie, il est à noter qu'Erickson se rapproche - et finalement se voit apparenté - au mouvement écosystémique de Gregory Bateson (1904-1980), anthropologue britannique et fondateur de l'école de Palo Alto dès la fin des années 50. Ce courant de pensée travaille à reconsidérer l'importance de l'environnement et des données interactionnelles dans l'émergence des pathologies mentales, via un abord pluridisciplinaire réunissant psychologues, psychiatres, ethnologues, linguistes, anthropologues, éthologues animaliers, mathématiciens, cybernéticiens... Ensemble, ils reprennent les théories existantes sur la communication (telle que la théorie de l'information, la théorie des systèmes, la cybernétique de second ordre ...). Leurs recherches aboutiront aux premières théories systémiques familiales, à la théorie de l'esprit ainsi que diverses formes de thérapies brèves (thérapies stratégiques orientées problème ou solution, thérapie narratives, thérapies familiales...). Erickson, tout en reconnaissant son lien avec

l'école de Palo Alto, ne valide pas nécessairement l'ensemble de leurs théories. Son apport principal au mouvement réside peut-être dans l'inclusion, au sein des thérapies brèves, d'une intention de soins dissimulée au travers de suggestions indirectes (19,46,47) et l'utilisation de paradoxe (tel que la prescription de symptômes).

Certains auteurs émettent des réserves concernant l'hypnose ericksonienne, notamment le psychiatre Don Jackson : « il me semble, lorsque je lis ce qu'il écrit, que sa principale préoccupation est de faire la preuve de sa propre habileté à être efficace » (48). En 1989, Andre Witzenhoffer (1921-2005), l'un de ses collaborateurs, en fait de même. Il déplore une trop grande hétérogénéité des pratiques se prétendant issues de l'hypnose ericksonienne. En particulier celle de Bandler et Grinder appelée Programmation Neuro-Linguistique (PNL) qu'il qualifie de « frelatée » (49).

Reste qu'Erickson, tant sur le plan pratique que théorique, semble avoir révélé un nouveau visage de l'hypnose, plus accessible et plus humain, qui laisse entrevoir des perspectives nouvelles à cette discipline.

1.1.10 Développements contemporains

Après Erickson, d'autres théories ont vu le jour parmi lesquelles celle de la « néodissociation » qui est probablement l'une des plus reprises actuellement (19). En 1977, Ernest Ropiequit Hilgard (1904-2001) réutilise les idées de Pierre Janet pour construire ce modèle. Il suppose que chez chaque individu coexiste un certain nombre de systèmes cognitifs opérant selon une hiérarchie. Ce dispositif hiérarchique est lui-même placé sous le contrôle d'un « ego exécutif », qui a pour fonction le monitoring et la régulation des différents aspects de la personnalité. En état hypnotique, les systèmes cognitifs peuvent se dissocier les uns des autres et ainsi être activés de manière autonome par les suggestions du thérapeute (50).

Nous citerons également deux personnalités ayant grandement participé à la réhabilitation de l'hypnose en France. Léon Chertok (1911-1991), psychiatre français d'origine lituanienne, et François Roustang (1923-2016) philosophe et hypnothérapeute français. Tous deux sont psychanalystes lacaniens de formation.

Léon Chertok est connu pour s'être opposé aux autorités psychanalytiques françaises auxquelles il reproche de négliger l'hypnose (ce qui lui vaudra d'être refusé comme analyste par la Société Psychanalytique de Paris). Il s'intéresse particulièrement aux mécanismes de transfert dans la relation thérapeutique et finira par se demander en 1979 si « la psychanalyse n'est pas une vaste tentative pour éviter les questions que pose l'hypnose » (51).

Dans son ouvrage « qu'est-ce que l'hypnose ? » François Roustang établit une analogie intéressante entre sommeil paradoxal et hypnose. Il y parle d'état de « veille paradoxale » ou « veille généralisée ». Dans une perspective constructiviste, il postule que ces deux phénomènes ont une fonction commune : celle de permettre à l'individu de modifier son « rapport au monde » via une expérience sensorielle lui donnant accès à une forme de connaissance inconsciente. Son travail tend à montrer que l'hypnose est plus un processus (au cours duquel plusieurs états et modes de fonctionnement se succèdent et se chevauchent) qu'un état stable (14). Cette conception du processus hypnotique est très utilisée de nos jours et nous la détaillerons dans la partie de notre travail consacrée à l'état hypnotique.

A partir de 1992, la médecin anesthésiste Marie-Elisabeth Faymonville du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Liège développe des protocoles interventionnels d'« hypnosédation ». Cette technique alternative à l'anesthésie générale associe généralement hypnose, sédation consciente avec analgésie intraveineuse (toutes deux gérées par le patient) et anesthésie locale. Marie Elisabeth Faymonville utilise initialement cette technique pour effectuer des soins sur des patients grands brûlés hospitalisés en chirurgie plastique. A partir de 1995, elle l'applique également aux chirurgies thyroïdiennes et parathyroïdiennes (4,52). Ces travaux font l'objet d'une importante reconnaissance au sein de la communauté scientifique et rencontre une large couverture médiatique.

Depuis quelques décennies, l'hypnose fait l'objet d'un grand nombre de recherches et de publications dans le domaine neurobiologique. Ces travaux offrent une vision nouvelle de ce phénomène notamment grâce à l'utilisation de la neuroimagerie fonctionnelle. Certaines découvertes ont permis d'en comprendre partiellement les mécanismes, en particulier en ce qui concerne son application au champ de la douleur. Ces avancées seront traitées au sein de la partie consacrée à l'état hypnotique, où nous reviendrons entre autres sur les travaux du médecin canadien Pierre Rainville (53–55).

Comme nous venons de le voir, l'histoire de l'hypnose permet de reprendre un pan entier de l'histoire de la médecine. Ce phénomène et les différences conceptuelles relatives à son sujet jouent un rôle central dans la genèse de la psychiatrie faisant suite à la scission opérée avec les neurologues au XIX^{ème} siècle. Cette séparation est notamment illustrée par le conflit qui opposa les écoles de Nancy et de la Pitié-Salpêtrière. L'ironie du sort veut qu'actuellement, un mouvement médical intégratif d'ampleur semble voir le jour : neurologues, radiologues, anesthésistes, médecins généralistes, psychiatres... mènent de concert des recherches pour définir précisément ce qu'est l'hypnose, les mécanismes d'action qui la sous-tendent et ses applications potentielles.

Avant d'évoquer spécifiquement les connaissances actuelles que nous avons de l'état hypnotique, nous proposons certains rappels neurologiques concernant l'état de veille, le sommeil, le processus attentionnel et la conscience. L'objectif de ces rappels est de faciliter le positionnement de l'hypnose parmi ces phénomènes.

1.2 Rappels neurophysiologiques

1.2.1 Etat de veille et sommeil

1.2.1.1 Neuroanatomie

Afin d'explicitier nos propos, nous proposons un rappel des principales structures anatomiques impliquées dans les pages suivantes.

Les rythmes circadiens sont soumis à une horloge interne logée dans le noyau suprachiasmatique (NSC), qui constitue l'une des structures de l'hypothalamus (Figures 2 et 3) (56).

Faisceau rétinohypothalamique

(D'après Psychobiologie de S. Breedlove, M. Rosenzweig et N. Watson, 2012)

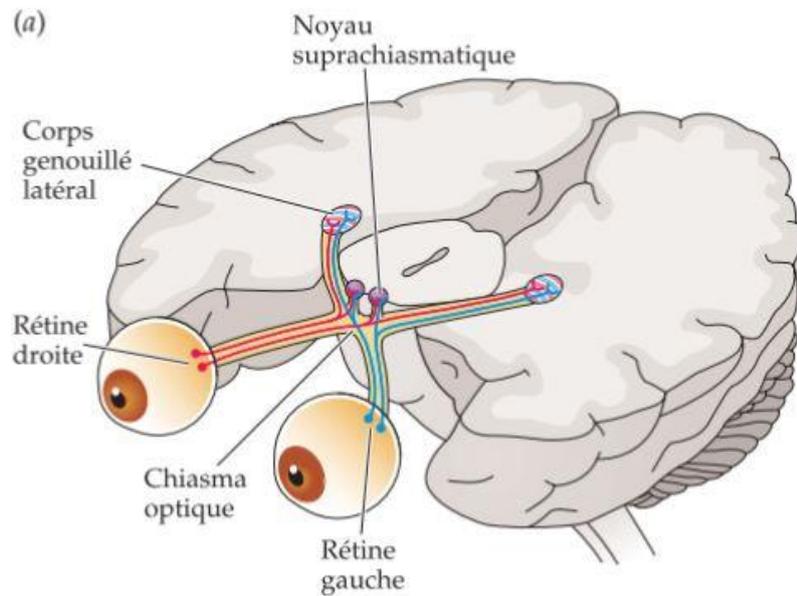


Figure 2

Cerveau humain en coupe sagittale médiane

(D'après Psychobiologie de S. Breedlove, M. Rosenzweig et N. Watson, 2012)

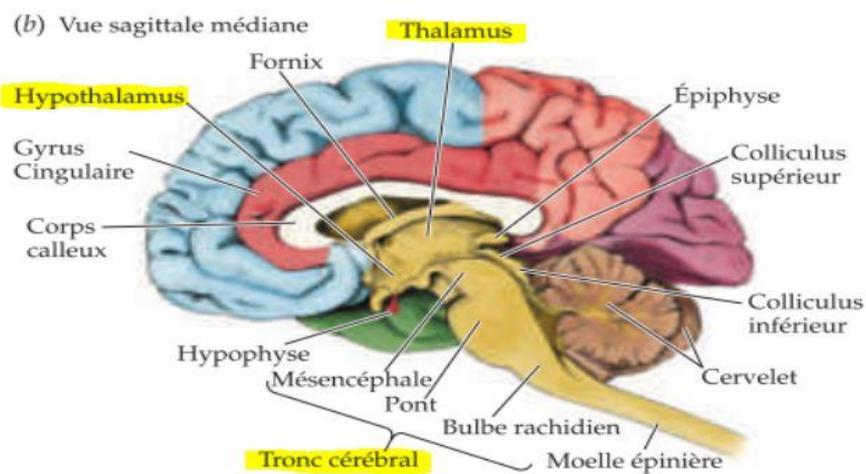


Figure 3

Le thalamus (Figure 3) est également impliqué dans la modulation de l'activité corticale retrouvée en phase d'éveil et de sommeil paradoxal, via une boucle thalamo-cortico-thalamique (57).

L'état d'éveil est lui-même régulé par des circuits situés (Figures 3 et 4) (57–59):

- dans le tronc cérébral (formation réticulaire, locus coeruleus (LC), noyaux tegmentaux latéro-dorsal (LDT) et pédiculopontin (PPN)) ;
- dans le télencéphale basal (ou base du cerveau antérieur) ;
- dans l'hypothalamus (noyau tubéro-mamillaire (NTM) et hypothalamus médio-latéral).

Structures cérébrales impliquées dans la régulation veille-sommeil

(D'après *Psychobiologie de Breedlove, M. Rosenzweig et N. Watson, 2012*)

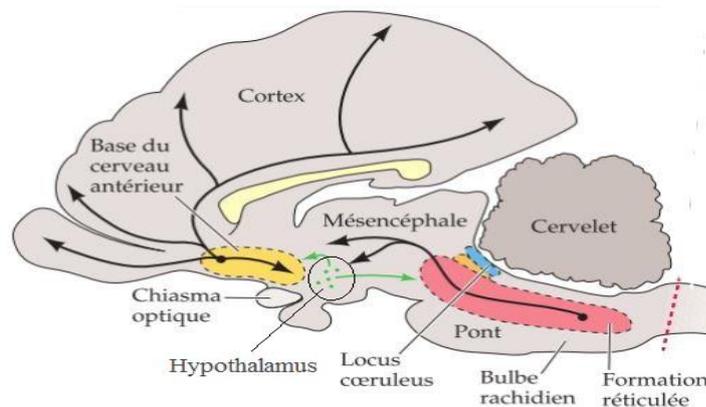


Figure 4

1.2.1.2 Cycles circadiens

Le sommeil et l'état d'éveil se caractérisent par leur alternance chronologique cyclique connue sous le nom de cycle circadien. Avant d'aborder leurs spécificités neurobiologiques respectives, nous allons présenter les connaissances acquises sur les mécanismes de régulation des cycles circadiens.

L'expérimentation animale a permis de mettre en évidence l'existence d'une horloge biologique interne chez les mammifères et, en 1979, R.A. Wever a confirmé de manière expérimentale son existence chez l'Homme (60). Lors de cette expérience, des volontaires ont passé 21 jours dans une grotte sans indice temporel. Les participants ont présenté un rythme circadien régulier. Néanmoins, la surprise fut que ce rythme ne durait pas 24 heures mais 25. L'hypothèse alors émise est qu'il existe des connexions entre nos organes sensoriels et notre horloge interne qui lui permettent de se « recalcr » sur des cycles de 24 heures. Cette hypothèse est à l'heure actuelle confirmée.

Le siège de cette mécanique est un petit noyau hypothalamique appelé noyau suprachiasmatique (NSC) qui exerce une action sur l'aire ventrolatérale pré-optique (VLPO) situé à la base du cerveau antérieur. Cette structure est reliée à certaines cellules ganglionnaires photosensibles de la rétine via le faisceau rétinohypothalamique. Ce faisceau dévie directement du chiasma optique pour former des synapses dans le NSC, lui fournissant ainsi des informations sur la luminosité perçue (Figure 2) (56). Le NSC est lui-même connecté à la glande pinéale qui libère de la mélatonine lorsque la luminosité est faible ou nulle.

1.2.1.3 Etat d'éveil

La phase d'éveil se caractérise par la présence d'un état de vigilance au cours duquel l'individu est capable de mobiliser différents processus neurocognitifs pour s'adapter et interagir avec son environnement. Sur un plan neurophysiologique, cela correspond à une activation corticale avec présence d'une activité motrice tonique et phasique.

Physiologiquement, l'état de vigilance fluctue en termes d'intensité au cours des phases d'éveil via un système de modulation de son activité : le système activateur ascendant. Celui-ci est à l'origine de l'éveil. Un défaut dans ce système peut occasionner des troubles tels qu'une somnolence diurne, une hypervigilance et des troubles de l'attention-concentration.

Les principales structures le composant sont (Figure 4) :

- la formation réticulée activatrice ascendante (monoaminergique dans les noyaux médiaux et latéraux, sérotoninergique dans les noyaux du raphé) ;
- le LDT et le PPN (cholinergiques) dans le mésencéphale ;
- le NTM dans l'hypothalamus (histaminergique) ;

- la partie médio-latérale de l'hypothalamus (hypocrétine) ;
- le LC (noradrénergique).

Anatomiquement, la substance réticulée s'étend du haut de la moelle cervicale jusqu'au diencephale. Ce système associant substances grise et blanche s'organise par colonnes : les noyaux réticulaires médians (appelés aussi noyaux du raphé), les noyaux réticulaires médiaux et les noyaux réticulaires latéraux (61).

Les « systèmes de neurotransmission ascendants issus du tronc cérébral régulent le système d'éveil cortical selon un continuum régulier ressemblant au rhéostat d'un système d'éclairage ou au bouton de volume d'une radio » (61).

En tant que centre névralgique des afférences, le thalamus joue également un rôle clé dans le processus en modulant son activité :

- il filtre et inhibe les données reçues durant le sommeil ;
- il filtre et adresse les données en phase d'éveil.

En 1998, l'étude de la narcolepsie a conduit à la découverte d'un neuropeptide : l'hypocrétine également appelée oréxine. Ce peptide est produit par des neurones situés dans la partie médio-latérale de l'hypothalamus qui émettent des projections au niveau :

- de la base du cerveau antérieur et particulièrement du VLPO (promotrice du sommeil à ondes lentes. Action inhibitrice de l'hypocrétine) ;
- du LC (qui est responsable de l'atonie durant le sommeil paradoxal. Action inhibitrice de l'hypocrétine) ;
- de la formation réticulée (promotrice de l'éveil et du maintien de l'état de veille. Action activatrice de l'hypocrétine) ;
- du NTM hypothalamique (qui promeut l'état de veille. Action activatrice de l'hypocrétine).

Si nous précisons ces notions dans la partie consacrée au sommeil, notons que l'hypocrétine stabilise les phases veille-sommeil, permet de repousser normalement le sommeil et d'empêcher le passage direct de l'état de veille au sommeil paradoxal (62).

Sur le plan fonctionnel, nous ferons la distinction entre deux états d'éveil :

- la veille active, lorsque l'individu a les yeux ouverts et qu'il répond aux tâches qui lui sont demandées ;

- la veille de repos, lorsque l'individu (qui ferme généralement les yeux) se trouve placé en situation de repos où aucune tâche spécifique ne lui est demandée.

L'électroencéphalographie (EEG) montre :

- en veille active, le tracé illustre une activité désynchronisée ou prédomine un mélange d'ondes de fréquences relativement rapides (supérieures à 15-20 Hz) et de faibles amplitudes correspondant à l'*activité bêta* (Figure 5) (56). En fonction des tâches demandées durant la réalisation de l'EEG, un rythme appelé *gamma* de fréquence supérieure à 30 Hz peut s'observer ;
- en veille de repos, un rythme régulier spécifique dont la fréquence se situe entre 8 et 12 Hz apparaît. On parle de rythme de base ou *rythme alpha* (Figure 6) (56).

Tracé électroencéphalographique de type Bêta

(D'après Psychobiologie de S. Breedlove, M. Rosenzweig et N. Watson)

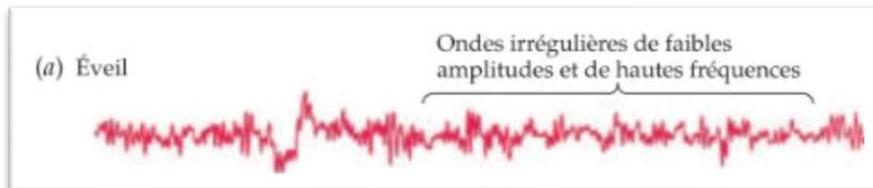


Figure 5

Tracé électroencéphalographique de rythme Alpha

(D'après Psychobiologie de S. Breedlove, M. Rosenzweig et N. Watson)

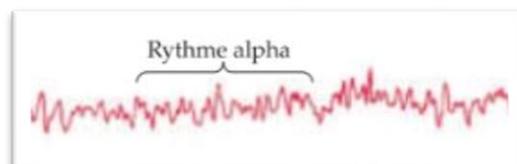


Figure 6

L'avènement de l'Imagerie par Rayonnement Magnétique fonctionnelle (IRMf) a permis dans les années 90 de découvrir que nous utilisons des réseaux cérébraux distincts suivant l'état de veille dans lequel nous sommes :

- l'état de veille active montre principalement une utilisation du réseau attentionnel (que nous préciserons par la suite) et des circuits temporo-pariétaux (impliqués dans la mémoire) en fonction des tâches demandées ;
- lors de la veille de repos, les chercheurs ont montré l'activation d'un réseau de mode par défaut (MPD) également appelé *Default Mode Network* (DMN). Ce réseau implique le cortex préfrontal ventro-médial et dorso-médial, le cortex cingulaire postérieur, le précunéus, la partie médiale du lobe temporal ainsi que les cortex pariétal médial et latéral (63) (Figure 7 (64)). Le DMN serait à l'origine du phénomène de pensée spontanée en situation de repos et de la conscience interne de soi - dite intransitive.

Default Mode Network à l'IRMf



Figure 7

L'éveil correspond donc à un état homéostatique dynamique (65) impliquant plusieurs systèmes de régulation hétérogènes sur le plan physiologique et anatomique. Après avoir étudié cet état, il nous paraît nécessaire de nous intéresser à la phase qui lui succède dans le cycle circadien : le sommeil.

1.2.1.4 Le sommeil

Si en phase d'éveil le système de régulation veille-sommeil agit à la manière d'un rhéostat permettant surtout de maintenir l'individu dans un état vigile, il existe un système discontinu appelé « flip-flop » (59) dont l'action est plutôt comparable à celle d'un interrupteur. Avant d'aborder de manière spécifique son fonctionnement, voici certains rappels afin d'en faciliter la compréhension.

Dans les années 30, la mise au point de l'EEG a donné lieu à la découverte de la structure du sommeil (56) qui correspond chez un adulte à la succession de quatre à cinq cycles d'une durée de 90 à 110 minutes chacun. Chaque cycle comprend une phase de sommeil à ondes lentes (SOL), où plusieurs stades (catégorisés de un à quatre) se suivent et une phase dite de sommeil paradoxal (SP). Ces cycles peuvent être entrecoupés de brefs réveils nocturnes (Figure 8 (56)).

Nuit de sommeil « type » d'un jeune adulte

(D'après Psychobiologie de S. Breedlove, M. Rosenzweig et N. Watson)

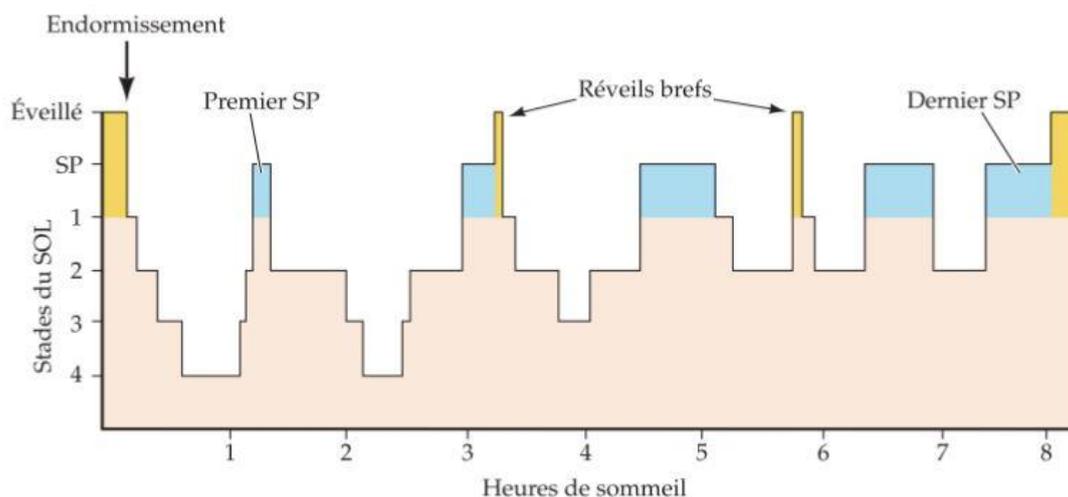


Figure 8

Les différents stades du sommeil ont été déterminés selon leurs caractéristiques électroencéphalographiques (Figure 9 (56)) :

- SOL de stade 1 = présence d'un rythme *alpha* (fréquence entre 8 et 12 Hz) et d'ondes de pointe (aussi appelées *vertex spikes*) ;

- SOL de stade 2 = apparition d'ondes de 12 à 14 Hz appelées *fuseaux de sommeil* et d'ondes négatives nettes nommées complexes K ;
- SOL de stade 3 = apparition d'onde *thêta* (de 4 à 7 Hz) puis de grandes ondes delta, très amples, dont la fréquence est aux alentours de 1 Hz. Ces ondes traduisent une synchronisation étendue de l'activité corticale ;
- SOL de stade 4 = présence d'ondes *delta* sur plus de 50% du tracé. Certains chercheurs assimilent les stades 3 et 4 en parlant du stade 3/4 ;
- SP = présence d'une activité électrique désynchronisée avec des ondes de faibles amplitudes et de hautes fréquences. Cette activité électrique est comparable à celle retrouvée à l'état de veille. Cliniquement, l'individu est atone, ses réflexes ostéotendineux sont abolis et des mouvements oculaires rapides (ou *rapid eye movement* (REM)) sont observés. Ce décalage entre tracé électroencéphalographique et présentation clinique lui vaut son nom de sommeil paradoxal.

Electroencéphalogramme de l'éveil et du sommeil

(D'après *Psychobiologie* de S. Breedlove, M. Rosenzweig et N. Watson)

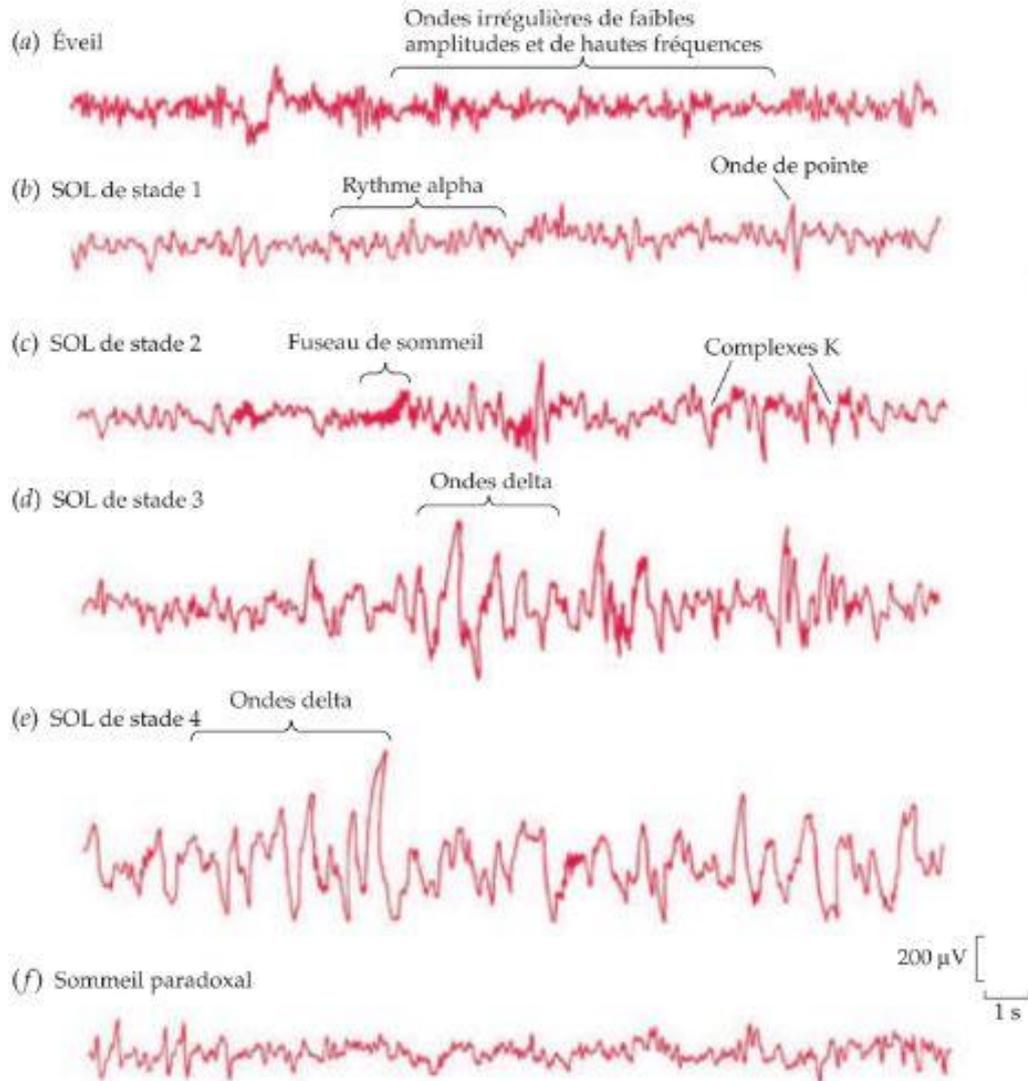


Figure 9

Les différentes propriétés cliniques du SOL et du SP sont présentées de manière synthétique dans le tableau 1.

Tableau 1

Propriétés cliniques du SOL et du SP

Propriété	SOL	SP
<u>Système nerveux autonome</u>		
Rythme cardiaque	Ralentissement progressif	Irrégulier, accès brusques
Rythme respiratoire	Ralentissement progressif	Irrégulier, accès brusques
Thermorégulation	Maintenue	Perturbée
Température cérébrale	Réduite	Elevée
Flux sanguin cérébral	Réduit	Elevé
<u>Musculature squelettique</u>		
Posture	Relaxation progressive	Disparue
Réflexe rotulien	Normal	Disparu
Spasmes musculaires	Réduits	Fréquents
Mouvements oculaires	Rares, lents, irréguliers	Rapides et coordonnées
<u>Psychisme et cognition</u>	Pensées vagues	Rêves intenses
<u>Sécrétion endocrine</u>		
Hormone de croissance	Sécrétion forte	Sécrétion faible
<u>Activité neuronale</u>		
Cortex	Taux de décharges réduit et phasique (épisodique)	Taux de décharges accru et plus tonique (constant)
<u>Potentiels cérébraux</u>		
Evoqués par stimulations sensorielles	Importants	Réduits

En ce qui concerne la production onirique, les rêves produits durant le SOL sont essentiellement de « vagues pensées » alors ceux du SP impliquent des perceptions sensorielles intenses qui s'intègrent généralement dans un scénario (56). On confond parfois les terreurs nocturnes - qui correspondent à des éveils soudains du SOL 3/4 marqués par un

sentiment de terreur associés à une activation du système nerveux autonome – et les cauchemars qui sont de longs rêves angoissants réveillant le dormeur en SP.

Après ces précisions sur les différentes phases du sommeil et leurs spécificités, nous pouvons revenir au fonctionnement neurologique du sommeil.

Pour aborder le fonctionnement du système « flip-flop » de l'endormissement, rappelons qu'il est régulé par :

- la mélatonine, hormone promotrice du sommeil libérée par la glande pinéale lorsque la luminosité est faible ou nulle (la glande pinéale étant reliée au NSC qui lui fournit des informations sur la luminosité) ;
- l'hypocrétine, neuropeptide stabilisateur du rythme circadien et en particulier de l'état d'éveil, produit dans l'hypothalamus ;
- l'adénosine. La dégradation de l'adénosine monophosphate par les neurones entraîne son accumulation en extracellulaire au niveau du cortex et de la base du cerveau antérieur. L'action de l'adénosine serait double : inhibition des noyaux mésencéphaliques cholinergiques (LDT et PPN) et activation de la base du télencéphale. Elle augmente ainsi la propension au sommeil au cours de la veille (66).

Sous l'action de l'adénosine et de la mélatonine, les neurones de la base du cerveau antérieur (notamment le VLPO) libèrent du GABA (acide γ -aminobutyrique) en post-synaptique. Son action sur les récepteurs GABA_A (inhibiteurs) présents dans le NTM au sein de l'hypothalamus induirait le SOL. Ce système serait donc « l'interrupteur » du SOL (56).

Le réseau du SP repose principalement sur une aire activatrice du SP (*REM on*) et une aire inhibitrice (*REM off*). Ces deux aires, situées dans le tegmentum pontique et constituées de neurones GABAergiques, s'inhibent réciproquement et fonctionnent donc de manière alterne. Ceci permet, comme dans le « flip-flop » de la balance veille-sommeil, des transitions nettes entre les phases de SOL et SP (67).

Sur un plan anatomique, l'aire *REM on* comprend le précoerulus (PC) et le noyau sublatérodorsal (SLD). L'aire *REM off* est formée de la substance grise périaqueducale ventrolatérale (vl-PAG) et du tegmentum pontique latéral (LPT). Ces structures, avec celles que nous avons citées précédemment, forment une unité fonctionnelle.

L'atonie musculaire observée durant le SP provient de l'activité de l'aire *REM on* qui émet des efférences glutamatergiques sur des interneurons inhibiteurs (glycinergiques et GABAergiques). Ces interneurons font synapse avec les motoneurons des muscles striés inhibant ainsi l'activité des muscles striés (62).

Les mécanismes neurologiques du sommeil sont synthétisés dans la Figure 10.

Mécanismes neurologiques du sommeil

(D'après *Psychobiologie* de S. Breedlove, M. Rosenzweig et N. Watson, 2012)

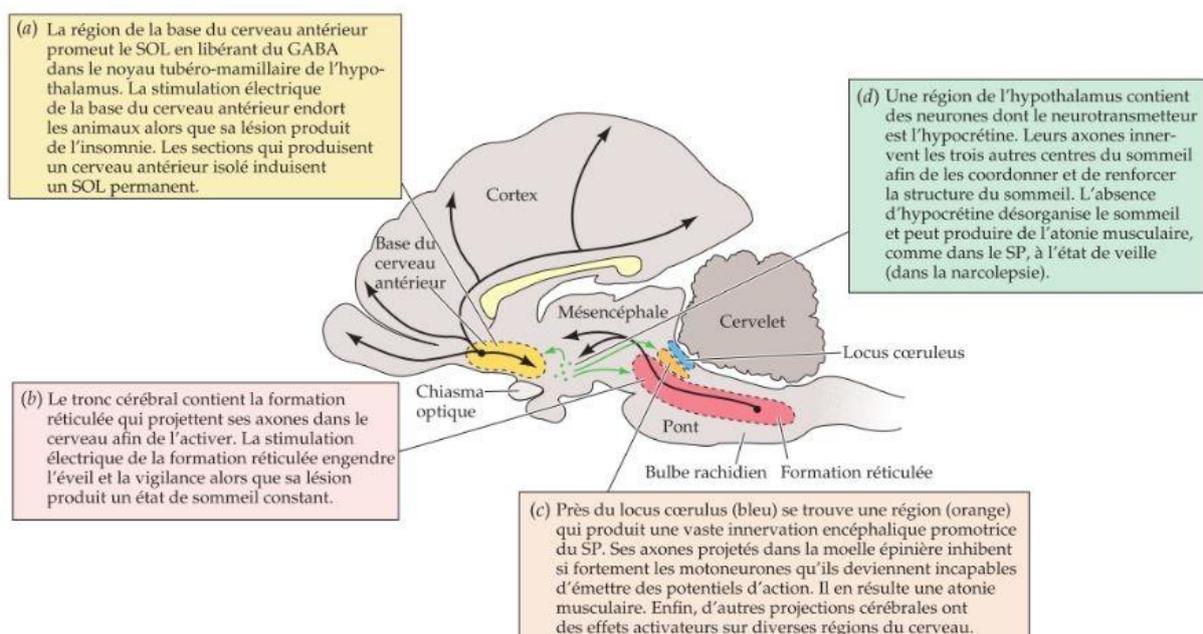


Figure 10

Si nous connaissons aujourd'hui relativement bien la structure et les mécanismes du sommeil, son rôle exact est encore débattu. Les quatre fonctions les plus souvent avancées en ce qui concerne le sommeil sont :

- la maîtrise de la dépense énergétique ;
- l'adaptation de l'espèce à sa niche environnementale (permettant d'avoir une activité diurne ou nocturne suivant les espèces et de favoriser la survie) ;

- la restauration corporelle en particulier sur le plan endocrinien (sécrétion de l'hormone de croissance durant le SOL) ;
- la consolidation de la mémoire. Une étude de Pierre Maquet publiée en 2000 dans Nature Neuroscience laisse à penser que l'activité cérébrale observée durant un apprentissage est recréée durant la phase SP et permet une amélioration des performances sur une épreuve de type « temps de réaction » (68). Jenkins et Dallenbach ont montré dès 1924 que le SOL permettait de consolider la mémoire déclarative (69).

Aussi, il n'existe pas encore de consensus scientifique sur la fonction qu'occupe le rêve.

Ces réflexions sur la veille et le sommeil amènent à nous questionner sur la manière dont nous interagissons à notre environnement lorsque nous sommes éveillés. L'étude du processus attentionnel nous apporte des éléments de compréhension.

1.2.2 Neurophysiologie du processus attentionnel

En 1890, le psychologue américain William James définit le concept d'attention comme étant : « [...] la prise de possession par l'esprit sous une forme claire et vive, d'un objet ou d'une suite de pensées parmi plusieurs autres objets ou pensées possibles. La focalisation, la concentration et la conscience en sont l'essence. L'attention implique de négliger certains objets afin de traiter plus efficacement ceux qui ont été sélectionnés » (70). Afin d'éviter une possible confusion avec la conscience (notion que nous développerons dans les pages suivantes), nous distinguons précocement ces deux notions en précisant que la conscience implique l'attention mais cette dernière peut opérer en dehors de son champ comme nous allons le voir (56).

1.2.2.1 Rôle de l'attention

L'attention correspond donc au procédé par lequel nous sommes en mesure de sélectionner un ou plusieurs stimuli – sensoriels ou cognitifs – dans le but d'en approfondir l'analyse et le traitement. Cette fonction se distingue de la vigilance par son caractère sélectif.

La manière dont les informations sensorielles sont filtrées au cours du processus attentionnel semble répondre à deux modèles principaux : sélection précoce et sélection tardive (Figure 11).

Le modèle de la sélection précoce de Broadbent (1958) est l'un des plus anciens. Il postule que des processus cognitifs de haut niveau exercent un contrôle descendant sur le système de barrière qui permet la mise à l'écart des informations indésirables en amont des processus préliminaires de la perception. L'information est sélectionnée avant d'être perçue (71). Néanmoins ce modèle ne permet pas de rendre compte de certains phénomènes : tels que le traitement à un niveau de signification sémantique de stimuli non sélectionnés (comme son propre nom).

Les modèles de la sélection tardive ont vu le jour suite à ces limites. Ces derniers affirment que les informations ne sont filtrées qu'après avoir été perçues et analysées sur le plan sémantique.

Un consensus actuel permet de résoudre l'opposition de ces modèles. Cette théorie utilise le concept de « charge perceptuelle » défini comme « le challenge immédiat imposé par une stimulation aux systèmes de traitement de l'information lorsque cette stimulation est prise sous le projecteur de l'attention » (56). Dans le cas d'un stimulus complexe où cette charge est importante, toutes les capacités d'analyse perceptuelle sont mobilisées et il ne reste plus aucune capacité de perception pour traiter les items non sélectionnés. Ici, une sélection précoce est appliquée. À l'inverse, un stimulus simple avec une faible charge perceptuelle ne sature pas les capacités de perception. Ceci permet de traiter des stimuli supplémentaires non sélectionnés à un haut niveau (sémantique, reconnaissance, conscience). Dans cette situation, une sélection tardive est appliquée.

Modèles sélectifs de l'attention

(D'après *Psychobiologie* de S. Breedlove, M. Rosenzweig et N. Watson, 2012)

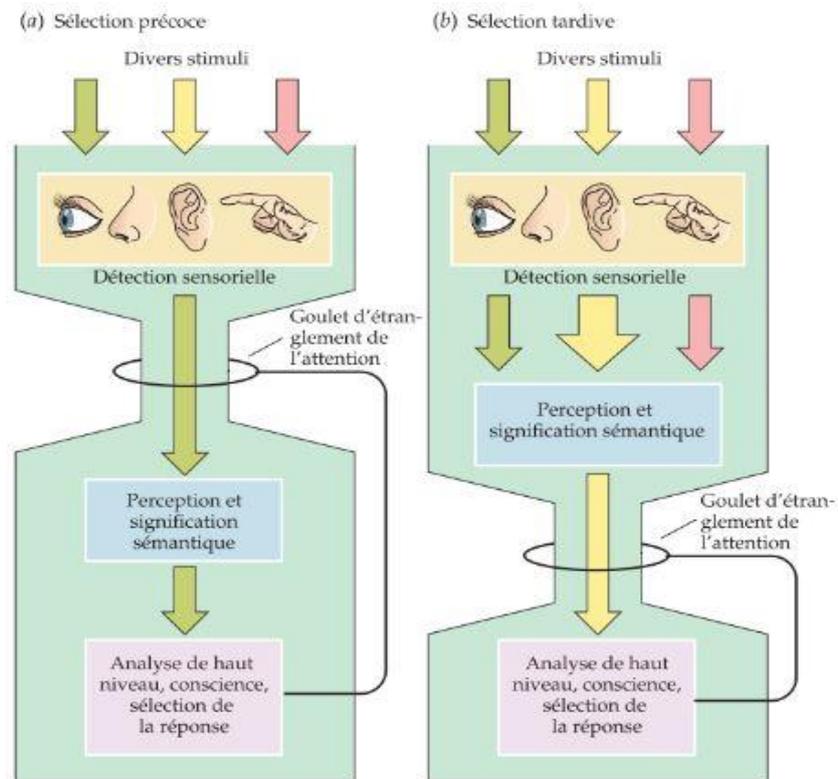


Figure 11

1.2.2.2 Attention endogène et exogène

Les recherches menées sur l'attention ont mis en évidence l'existence de deux grands types d'attention dont les modalités de fonctionnement sont différentes : l'attention endogène et l'attention exogène.

L'attention endogène correspond à l'orientation volontaire du « projecteur attentionnel » vers des aspects spécifiques de l'environnement. Son étude expérimentale se fait principalement via des tâches de symboles signalétiques. C'est un processus conscient contrôlé par des processus cognitifs de haut niveau : les cognitivistes en parlent donc comme d'un processus descendant. L'attention endogène choisit donc les stimuli à traiter. Sa cinétique est assez lente mais permet un maintien prolongé dans le temps (Figure 12).

A l'inverse, l'attention exogène correspond à l'attention réflexe où les stimuli imposent l'orientation du projecteur attentionnel. Les tâches de signalement spatial périphérique

permettent de l'étudier. Ce phénomène est involontaire et soumis à un contrôle sensoriel. Il s'agit donc d'un processus ascendant. Cette forme d'attention est très réactive mais ne se maintient pas dans le temps hormis le cas d'un stimulus jugé « intéressant » par le sujet (Figure 12).

Ces deux types d'attention sont complémentaires et permettent un travail d'articulation des fonctions cognitives.

Complémentarité des processus attentionnels

(D'après *Psychobiologie* de S. Breedlove, M. Rosenzweig et N. Watson, 2012)

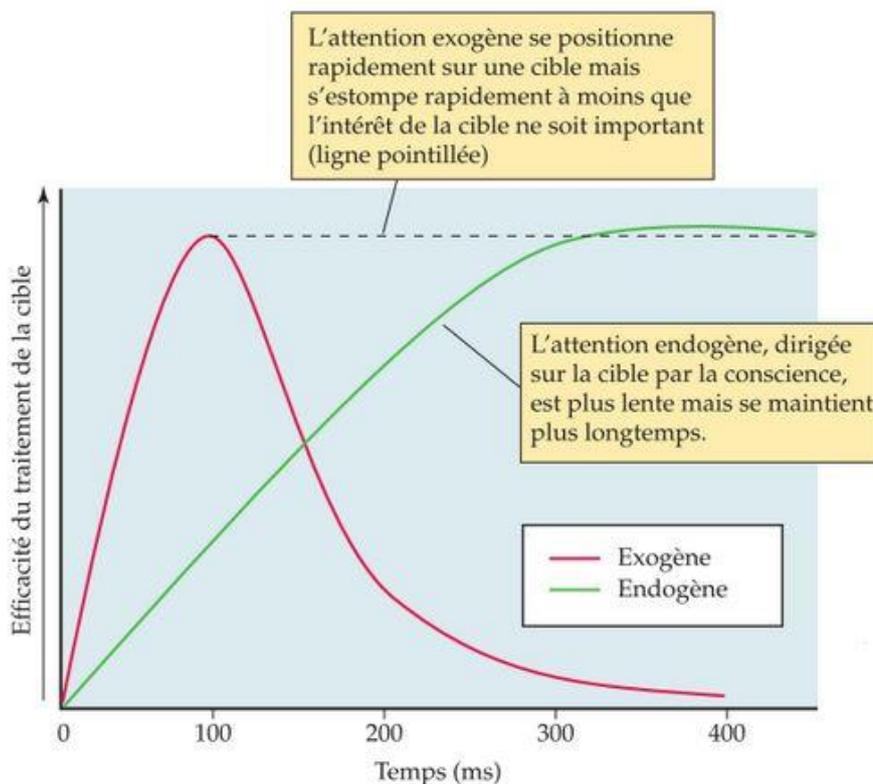


Figure 12

Sur le plan fonctionnel, l'attention (endogène et exogène) a également pu être étudiée grâce à l'électrophysiologie et à l'analyse des potentiels cérébraux évoqués (PCE) auditifs et visuels en particulier.

Le protocole de l'étude réalisée par Hillyard en 1973 consiste à soumettre des sujets à des sons dichotiques en leur demandant de porter leur attention sur les sons perçus par une

oreille et d'ignorer ceux perçus par l'autre oreille. Les résultats ont montré que l'attention endogène amplifiait les PCE du côté de l'oreille attentive par rapport à l'autre: ce phénomène est appelé l'effet N1 (72).

L'étude du domaine de l'attention visuelle endogène (utilisant les tâches de symboles signalétiques) a montré (56):

- l'existence d'un effet P1 qui augmente l'amplitude des PCE visuels précoces (70 à 100 ms) en cas d'activation de l'attention endogène. Cet effet correspondrait à un mécanisme de sélection attentionnelle précoce ;

- l'existence d'une onde positive plus tardive (200 à 450 ms) en cas de mobilisation de l'attention sur un stimulus. Ce phénomène est appelé effet P3 et correspond au traitement de l'information par des systèmes cognitifs de haut niveau. On l'associe donc à un processus de sélection tardive.

Lors de la réalisation d'une tâche de signalisation spatiale périphérique, l'attention visuelle exogène renforce l'effet P1 à la condition que la latence soit courte entre le signalement sensoriel préliminaire (généralement un flash lumineux) et l'apparition de la cible (73).

En plus de ces observations, Morgan et Desimone (74) ont montré en 1985 que l'attention affectait de manière individuelle le fonctionnement des neurones corticaux visuels selon trois modalités (Figure 13):

- elle augmente la réponse du neurone au stimulus (majoration du taux de décharge) ;
- elle affine sa sensibilité à un stimulus spécifique ;
- elle décale le spectre de sensibilité du neurone.

Modifications de l'activité neuronale induites par l'attention

(D'après *Psychobiologie* de S. Breedlove, M. Rosenzweig et N. Watson, 2012)

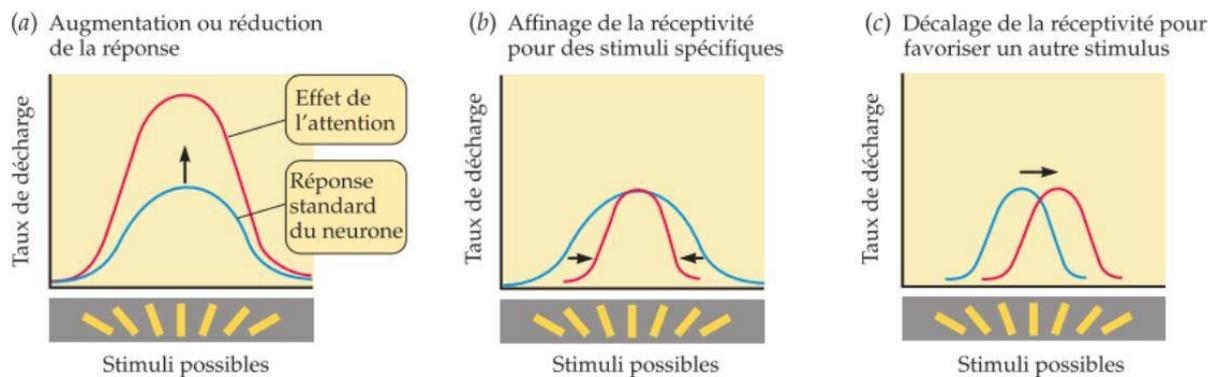


Figure 13

Après ces rappels, intéressons-nous maintenant aux aires anatomiques et réseaux mobilisés par le processus attentionnel.

1.2.2.3 Neuroanatomie

Au niveau fonctionnel, l'attention endogène visuelle provoque une augmentation de l'activité :

- du cortex visuel primaire situé au niveau occipital ;
- des aires visuelles sous-corticales (extra striées) que représentent les colliculi supérieurs et le pulvinar (Figure 14).

Il semblerait que les colliculi supérieurs participent au déplacement attentionnel en évitant les retours répétitifs de l'attention sur des sites ayant déjà été balayés (75). Le pulvinar, dans la région postérieure du thalamus, est lui aussi impliqué dans l'orientation et le déplacement de l'attention. Il jouerait également un rôle dans le filtrage des informations sensorielles visuelles (76).

Structures sous-corticales impliquées dans l'attention visuelle

(D'après *Psychobiologie* de S. Breedlove, M. Rosenzweig et N. Watson, 2012)

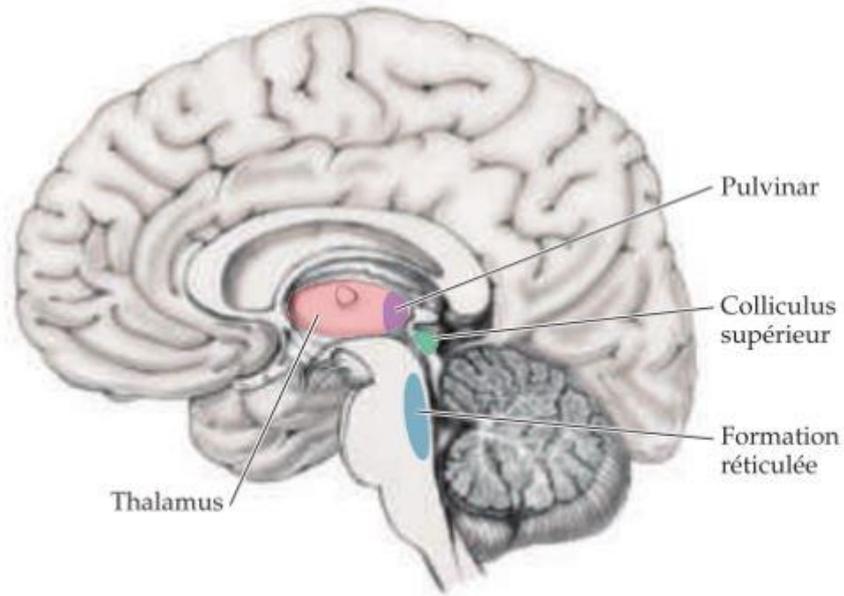


Figure 14

Au niveau du cortex, l'attention agit donc sur l'ensemble des aires sensorielles. Mais il existe également des aires corticales qui génèrent et dirigent l'attention (Figure 15).

Régions corticales impliquées dans le contrôle de l'attention

(D'après *Psychobiologie* de S. Breedlove, M. Rosenzweig et N. Watson, 2012)

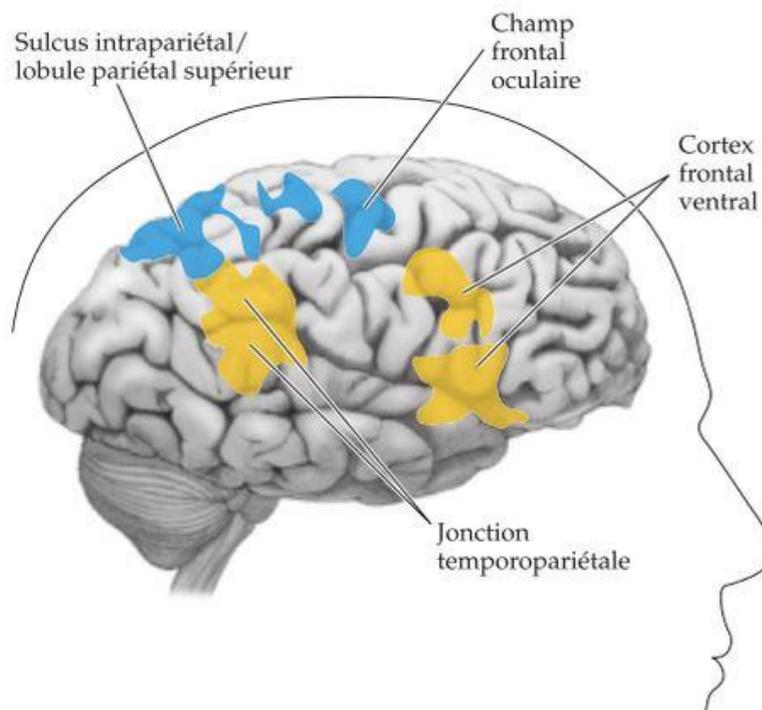


Figure 15

Le sulcus intra-pariétal (SIP) est également appelé lobule pariétal supérieur chez l'animal. Cette région semble contrôler le processus attentionnel en établissant une « carte de priorité » qui régit la direction vers laquelle se porte l'attention (77).

Le champ frontal oculaire (CFO) est quant à lui impliqué dans l'orientation volontaire du regard vers une cible. Il ne s'active pas en cas d'orientation réflexe du regard. Il exerce donc une action uniquement sur l'attention endogène.

La jonction temporo-pariétale (JTP) se situe au bout de la scissure sylvienne. Son rôle est parfois comparé à celui d'un « disjoncteur » : il réoriente l'attention à l'apparition d'un stimulus inopiné en l'emportant sur la concentration attentionnelle en cours. A la différence des aires précédentes, ce système est fortement latéralisé du côté droit (56).

Le cortex frontal ventral (CFV) est impliqué dans la mémoire de travail. Dans l'attention, il fournit des informations relatives au caractère *nouveau* que peut présenter un stimulus.

Le contrôle descendant de l'attention endogène se fait donc par un réseau impliquant simultanément le CFO et le SIP que l'on appelle système fronto-pariétal dorsal. A l'inverse le système ascendant temporo-pariétal droit régit le déplacement de l'attention exogène (56). Ces deux réseaux sont interconnectés.

La recherche a peu à peu développé le concept d'un espace de travail neuronal global (*global neural workspace* GNW) où l'ensemble des réseaux intrinsèques (tels que ceux de l'attention) fonctionnent en interconnexion. Dans ce GNW, un autre réseau attentionnel a pu être observé : le réseau salience ou *Saliency Network* (SN).

L'idée de salience renvoie à l'une des caractéristiques fonctionnelles de l'attention : elle sélectionne et priorise les informations par la recherche de particularité.

Découvert en 2007 par Seeley, le SN est un réseau exécutif dont le but serait l'identification des stimuli les plus pertinents à traiter parmi le flux considérable d'afférences sensorielles internes et externes (78).

De manière schématique, le SN est géré par le cortex fronto-insulaire (*fronto-insular cortices* : FIC) et le cortex cingulaire antérieur (*anterior cingulate cortex* : ACC) en particulier dans sa partie dorsale. Ces deux régions sont très fortement connectées. Le FIC reçoit des informations intéroceptives via le thalamus. Le FIC module l'activité du DMN (réseau de veille par défaut). Certains signaux sont communiqués par le FIC à l'ACC qui peut activer la viscéromotricité et/ou déclencher le réseau exécutif central afin d'effectuer une action dirigée vers l'extérieur (Figure 16) (79).

Anatomie du réseau salience

(D'après *Anatomy of the Salience Network*, L. Uddin, 2015)

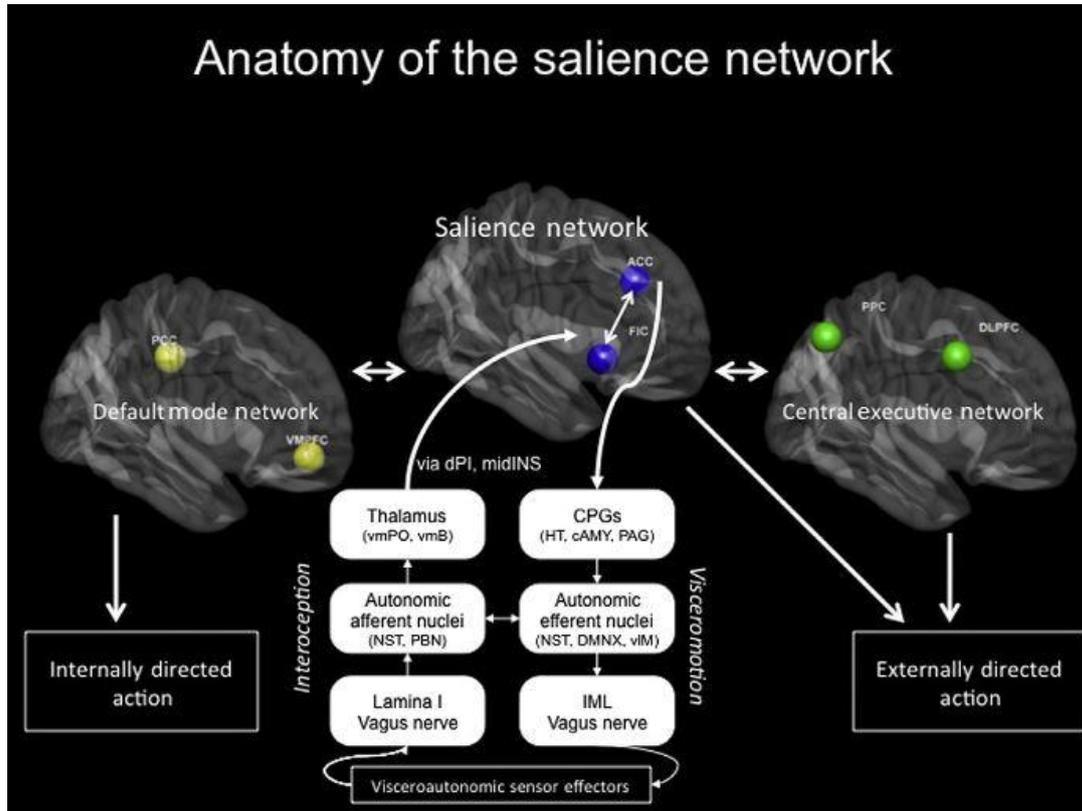


Figure 16

Nous voyons que le processus attentionnel est un phénomène impliquant d'autres fonctions cognitives et exécutives. Parmi celles-ci, il existe un lien assez étroit entre l'attention et la conscience.

1.2.3 Neurophysiologie de la conscience

Comme nous venons de le voir, l'attention endogène et la vigilance sont donc des manifestations comportementales de la conscience. Néanmoins, ce ne sont pas des synonymes. La conscience implique plusieurs fonctions d'une grande complexité telles que la connaissance du temps qui passe, l'intégration de souvenirs anciens, l'anticipation d'évènements futurs, le sentiment de soi (que l'on nommera conscience intransitive) et le

concept de *libre arbitre*. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) propose la définition suivante : « *Organisation de son psychisme qui, en lui permettant d'avoir connaissance de ses états, de ses actes et de leur valeur morale, lui permet de se sentir exister, d'être présent à lui-même* » (80). De manière simplifiée, on peut définir la conscience comme « l'état où l'on se rend compte que l'on est conscient » (56).

Actuellement, cette propriété de cerveau reste mystérieuse et la science ne permet pas de dire pourquoi nous sommes conscients. Cependant, ce domaine est un sujet d'étude actif qui a permis d'en comprendre certains mécanismes. Les données acquises sont en grande partie issues de l'étude de patients présentant un état altéré de conscience.

1.2.3.1 Données sur les états altérés de conscience

L'étude des PCE chez les patients non communicants a permis de distinguer l'état végétatif (absence d'effet N1, P1 et P3) de l'état de conscience minimale (81). Chez les patients non communicants, on distingue donc plusieurs tableaux cliniques en fonction de leur vigilance (*arousal*) et du niveau de conscience (*awareness*) (Figure 17) (82).

Conscience et vigilance dans différents tableaux cliniques

(D'après *Brain function in coma, vegetative state, and related disorders* ; S. Laureys et al., 2004)

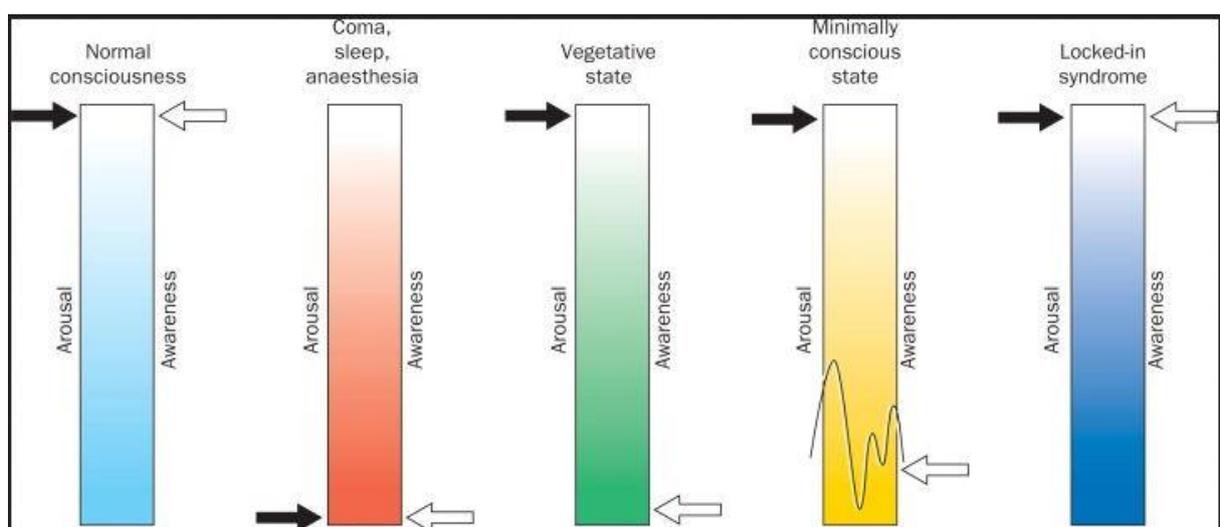


Figure 17

En 1999, S. Laureys mène une étude comparative s'intéressant aux différences de connectivité corticale entre patients en état végétatif et sujets contrôles. Ce travail utilise le TEP-scan comme méthode de neuroimagerie fonctionnelle. Il en ressort que les aires frontales et préfrontales ont une connectivité moindre avec le cortex cingulaire postérieur (structure impliqué dans le DMN) chez les patients en état végétatif (83).

Son équipe publie dans le *Lancet* une autre étude de neuroimagerie fonctionnelle par TEP-scan en 2004. Les résultats montrent une hypoactivation du précunéus -situé dans le cortex pariétal et impliqué dans le DMN- chez les patients en état végétatif et, à moindre échelle, chez les patients en état de conscience minimale (Figure 18) (82).

Métabolisme cérébral au repos chez un patient sain, en état végétatif, en état minimal de conscience et dans le cas d'un Locked-in syndrome

(D'après *Brain function in coma, vegetative state, and related disorders* ; S. Laureys et al., 2004)

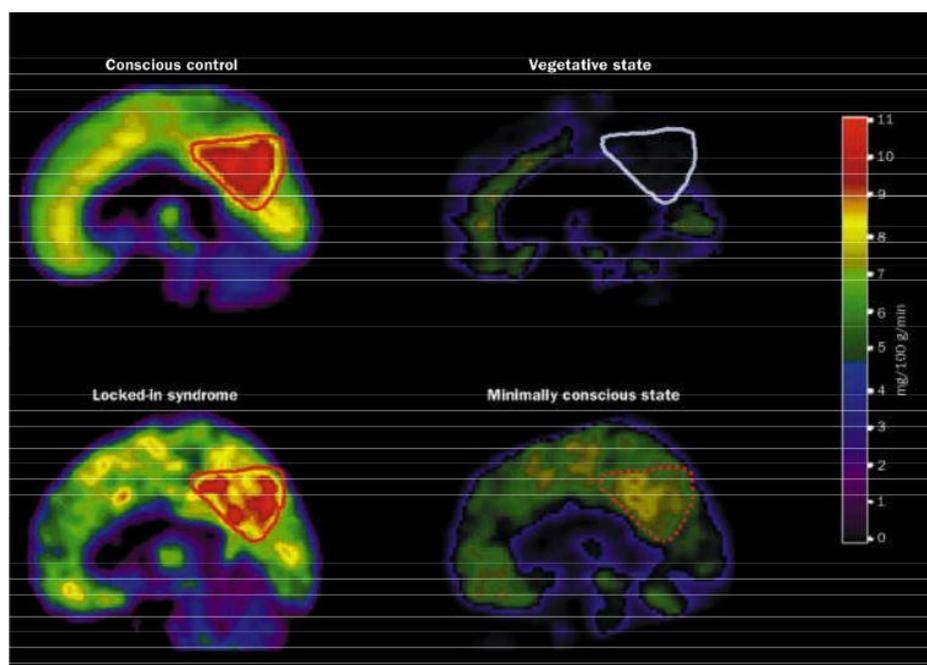


Figure 18

Grace à l'IRMf, Tsuchiya et Aldolphs ont cartographié l'activité cérébrale de patients dans différents états de conscience diminuée allant du sommeil à des états végétatifs

chroniques. En superposant ces images les unes aux autres, ils ont mis en évidence l'implication de structures communes aux différents états de conscience diminuée :

- un réseau fronto-pariétal incluant l'essentiel du circuit de l'attention endogène ;
- le gyrus cingulaire postérieur ;
- certaines zones du cortex frontal médian.

Ces études laissent à penser que le DMN serait donc responsable de la conscience de soi ou conscience intransitive.

Il n'y a pas, à ce jour, de modèle consensuel concernant les mécanismes la conscience ; en particulier de la conscience externe. Malgré cela, le modèle théorique du GNW - que nous avons cité précédemment - pourrait représenter une voie séduisante.

1.2.3.2 Intégration au concept de GNW

Ce modèle postule l'existence de deux grands compartiments neuro-anatomo-fonctionnels dans l'encéphale (Figure 19) (84) :

- le premier secteur est « périphérique ». Il est constitué d'une multitude de réseaux spécialisés de petite taille appelés processeurs modulaires. Ceux-ci sont hiérarchisés selon leur niveau d'action. Ces réseaux fonctionnels s'activent automatiquement et sont capables de traiter les informations de manière non consciente.

- le second secteur représente le réseau central situé dans « l'espace de travail neuronal global ». Il est constitué de neurones bénéficiant d'une connectivité à longue distance permettant la mise en relation des processeurs de haut niveau éloignés.

Modèle d'accès à la conscience par « l'espace de travail neuronal global »

(D'après *The Global Neuronal Workspace Model of Conscious Access : from neuronal architectures to clinical applications*, Dehaene et al. 2011)

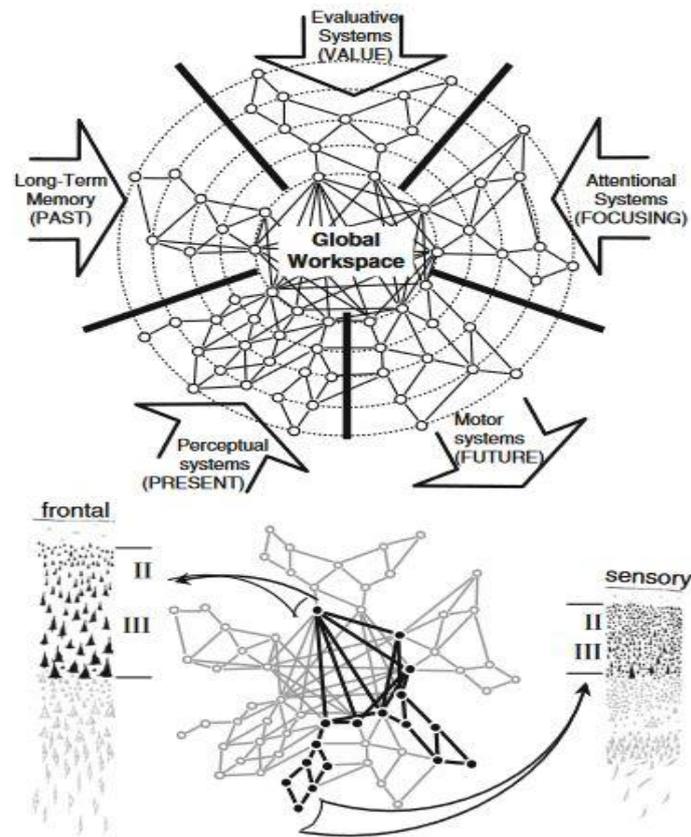


Figure 19

Dans ce modèle, l'information est traitée dans un premier temps par les processus modulaires périphériques. Elle remonte la hiérarchie des processus corticaux jusqu'à être « traitée ». Si cette information comporte certaines caractéristiques -telles que la familiarité ou à l'inverse la particularité- elle est jugée intéressante et déclenche le phénomène attentionnel en amplifiant et diffusant le signal au sein du GNW. Cette diffusion entraîne le traitement conscient de l'information. L'amplification de l'information provoque quant à elle un phénomène de saturation. Les processus modulaires non impliqués dans l'information principale vont alors traiter les autres stimuli en dehors du champ de la conscience (84) (bas de la Figure 19).

D'après ce modèle, la conscience externe fonctionne suivant le GNW.

L'étude de la conscience, de ses états d'altération ainsi que des rapports entretenus avec le processus attentionnel permet de nous interroger sur la place qu'occupe l'hypnose.

1.3 Connaissances actuelles sur l'hypnose

1.3.1 L'état hypnotique

1.3.1.1 Prérequis

D'un point de vue lexical, l'hypnose désigne 3 types de phénomènes : l'état hypnotique (ou transe) dans lequel le patient se trouve durant la séance, la technique utilisée et le type d'interaction particulière entre hypnothérapeute et patient (13). La première de ces notions est la plus couramment employée.

Au travers de son histoire, nous avons retrouvé une multitude de définitions de l'hypnose. Il n'existe toujours pas à ce jour de consensus autour de cette question. Le *Petit Larousse* propose un : « *état de conscience particulier entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion* » (85).

Le CNRTL évoque, quant à lui, « *un état de passivité semblable à celui du sommeil, artificiellement provoqué chez un sujet qui reste en partie conscient, par des manœuvres de suggestion ou par l'absorption de produit chimique (dans ce dernier cas, on dit plutôt narcose)* » (86).

François Roustang établit lui aussi un parallèle avec le sommeil en présentant l'hypnose comme un processus dynamique permettant de passer d'un état de « *veille restreinte/ordinaire* » à un état de « *veille généralisée/paradoxe* » qui crée un élargissement de l'espace expérientiel potentiel (14). Nous développerons ultérieurement cette conception dans une perspective neurophénoménologique.

Depuis 2015, l'*American Psychological Association* parle « *d'état de conscience impliquant une attention focalisée et une moindre sensibilité à l'environnement, caractérisé par une capacité accrue de réponse à la suggestion* » (87).

De ces définitions émergent certaines notions :

- il s'agit d'un état de conscience ;
- il existe un parallèle entre cet état et le sommeil ;
- le processus attentionnel est impliqué ;
- la suggestion y joue un rôle.

Pour l'ANM l'hypnose est « un état d'attention focalisée et "d'absorption interne" avec suspension partielle de l'éveil, assez comparable à l'absorption dans certaines pensées lors d'actions de type automatique comme la conduite automobile » (11). Elle insiste donc ici sur le caractère « naturel » qu'elle présente et écarte partiellement le concept d'influence interpersonnel. Cela amène la possibilité d'un usage personnel - après apprentissage - de l'hypnose en dehors du rapport conventionnel avec un thérapeute : on parle alors d'autohypnose (que l'on oppose à l'hétérohypnose).

La définition la plus fréquemment employée dans la littérature scientifique est celle « *d'état modifié de conscience* » (88).

L'hypnotisabilité correspond ici à « la capacité individuelle de faire l'expérience d'altérations physiologiques, sensorielles, émotionnelles, cognitives ou comportementales suggérées sous hypnose » (87). Cette capacité est mesurée selon différentes échelles standardisées utilisant une méthodologie « classique ». Parmi celles-ci, la « *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C* » (SHSS : C) (89) est considérée comme le gold standard actuel.

Sur le plan méthodologique, nous avons exposé la distinction opérée entre l'hypnose classique et l'hypnose moderne (issue de l'approche ericksonienne) dans la partie consacrée à Milton Erickson. Cette dernière utilise un mode de communication particulier appelé « communication hypnotique » (90). Nous en préciserons les éléments dans la partie suivante. La communication hypnotique est particulièrement sollicitée dans l'hypnose conversationnelle. Cette pratique est parfois utilisée en dehors de séances d'hypnose formelle (où le patient est informé de l'emploi de l'hypnose comme technique thérapeutique) (91,92) selon certains codes éthiques tels que celui de la Confédération Francophone d'Hypnose et des Thérapies Brèves (CFHTB) (93).

Après ces quelques précisions, interrogeons-nous sur les aspects techniques de la réalisation d'une séance d'hypnose. Malarewicz suggère qu'en partie « l'hypnose est œuvre de communication » (94). Abordons maintenant les éléments qui définissent la communication hypnotique.

1.3.1.2 La communication hypnotique

Les techniques de communication hypnotique se sont essentiellement développées à partir des travaux d'Erickson qui a probablement lui-même été influencé par Gregory Bateson. Elles sont donc issues d'une approche empirique basée sur l'observation des principes de communication interpersonnelle selon trois canaux principaux : verbal, paraverbal et non verbal (43).

Le langage verbal correspond au contenu linguistique de l'information. Ce type de communication correspond à un système de codage - donc digital - impliquant un apprentissage (lexical, syntaxique, sémantique...).

Le langage paraverbal réside essentiellement dans les intonations, la ponctuation et le rythme du discours. Il répond en partie à des codes (sociaux ou linguistiques) qui lui confèrent des caractéristiques digitales mais possède également un caractère universel et inné de nature plutôt analogique.

Le langage non verbal concerne le langage corporel dans sa globalité : postures, mimiques, gestes, regards... Son fonctionnement est quasiment exclusivement de type analogique (en dehors des marqueurs culturels).

L'emploi de ces techniques joue sur trois registres principaux que sont : l'ajustement au patient, la modification de perception du symptôme et le travail des résistances que peut présenter le patient.

En ce qui concerne l'ajustement au patient (on parle parfois d'*accordage*) (91,95). La première étape consiste à observer la communication du patient pour établir un « diagnostic sensoriel ». Cela revient à identifier le (ou les) canaux sensoriels préférentiels du patient selon le modèle VAKOG (Visuel, Acoustique, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif). L'étude lexicale du

langage verbal permet d'obtenir certains indices ; particulièrement en ce qui concerne les expressions utilisées par le patient. Il est également pertinent d'explorer les centres d'intérêt et loisirs du patient pour établir ce diagnostic. Concernant le langage non verbal, Grinder et Brandler ont établi une corrélation entre les mouvements oculaires spontanés lorsque la mémoire déclarative est sollicitée et le canal sensoriel préférentiel de l'individu (96) (Figure 20). Ces travaux issus de la PNL sont néanmoins remis en cause et leur niveau de preuve est très faible (97–99).

Indices orientant le diagnostic sensoriel du patient en PNL

(D'après *A Fast Method for Detecting Eye Accessing Cues used in Neuro-Linguistic Programming*, R. Vranceanu, 2011)

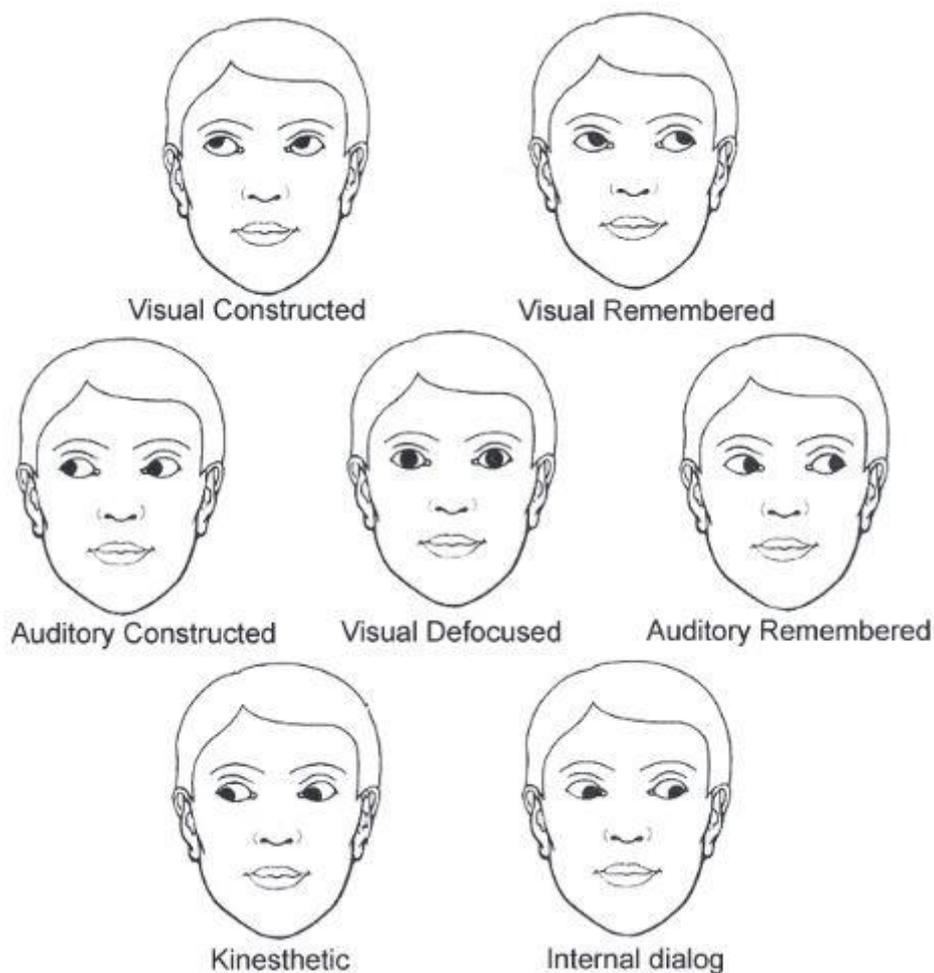


Figure 20

L'identification du canal sensoriel préférentiel permet une adaptation de la communication du thérapeute qui va utiliser un lexique, des métaphores ou des suggestions directes en rapport avec la sensorialité du patient. De manière générale, la communication hypnotique s'adapte au registre employé par le patient ainsi qu'à ses compétences.

Sur le plan non verbal, la technique du *mirroring* est fréquemment employée. L'ajustement se fait ici au niveau corporel avec une synchronisation des attitudes et de la respiration du thérapeute sur celles du patient. La découverte des neurones miroirs a permis de confirmer l'existence instinctive de cette stratégie mimétique d'accordage chez l'Homme (100).

La *ratification* consiste pour le praticien à verbaliser l'apparition de manifestations comportementales rattachées à la mise en place d'un état hypnotique (modification du tonus musculaire, ralentissement des mouvements de déglutition, respiration plus lente...). Elle représente une forme de métacommunication (où l'on communique verbalement sur des éléments de communication non verbale). Celle-ci se base sur l'observation attentive du langage non verbal du sujet. Ce procédé aide à avancer dans le processus hypnotique : ce qui est ratifié par le thérapeute devient un élément acquis et non réversible dans le vécu de la séance par le patient. La *ratification* fournit aussi un ensemble de rétroactions qui vont guider le thérapeute dans son travail et renforce la notion de collaboration avec le patient en connotant positivement les réactions objectivées (94).

La mise en place d'un *signaling* (en tant que code gestuel autour duquel le thérapeute et le patient s'accordent) permet au patient de communiquer non verbalement durant la séance. Le thérapeute peut ici obtenir des rétroactions concernant le vécu phénoménologique du patient, et ainsi le ratifier (90).

Ce type de communication tend à modifier l'expérience perceptuelle du patient vis-à-vis du symptôme. Pour ce faire des techniques assez spécifiques visent cette modification.

La modulation paraverbale est utilisée par le thérapeute en entretien. Il modifie le rythme, le volume et la tonalité de sa voix au cours du discours (94). Classiquement, on observe :

- un ralentissement du débit de parole ponctué par la présence de silences ;
- la synchronisation du discours sur les temps expiratoires du patient ;

- l'usage d'une voix calme, monocorde dont la tonalité est plus grave que la voix usuelle ;
- une diminution du volume vocal.

Cet outil vise à recréer dans une certaine mesure les circonstances favorisant l'apparition d'un état de conscience modifiée spontanée. Elles correspondent à des situations où les informations ne peuvent être traitées de manière conventionnelle telles que l'ennui, le stress, la confusion ou la saturation des systèmes perceptifs et cognitifs (95).

Procédé rhétorique obtenu par suggestion, le *recadrage* vise à offrir un nouveau contexte à un événement ou un symptôme (101). Cette technique permet d'en modifier la perception en apportant de l'information ; selon le sens donné par Bateson d'« une différence qui crée de la différence » (90). Ceci est particulièrement utilisé dans les approches issues du constructivisme (comme les thérapies systémiques ou stratégiques) où l'on postule que le symptôme ne joue un rôle homéostatique que dans un système donné ; et que par conséquent la modification du système peut permettre l'abandon du symptôme (47,94,102).

La communication hypnotique emploie préférentiellement des tournures de phrases affirmatives avec un vocabulaire positif. On tend par exemple à substituer certains termes : « *mais* » par « *et* », « *si* » par « *quand* » (101). Miller et Rollnick ont repris cette idée comme procédé de reformulation dans leur approche appelé *Entretien Motivationnel* (103). Certains auteurs l'assimilent à une forme de recadrage positif (92).

Partant de l'axiome issu de l'école de Palo Alto que « l'on ne peut pas ne pas communiquer », la communication hypnotique - et l'hypnose en général - adopte une position utilisationniste quant à l'usage des suggestions.

On qualifie généralement de « directes » les suggestions où l'objectif du thérapeute est clairement verbalisé. Elles emploient plutôt le mode impératif, ce qui leur donne un caractère directif et autoritaire : « *fermez les yeux / veuillez fermer les yeux* » par exemple. Elles sont majoritairement utilisées en hypnose dite classique et minoritairement en hypnose moderne. Elles permettent aux patients de s'y opposer directement et donc de manifester leur résistance : ceci est l'un de ses intérêts dans le but de travailler cette dimension (94).

Les suggestions « indirectes » possèdent quant à elle une intention thérapeutique qui est partiellement dissimulée au patient. Ce caractère indirect offre la possibilité d'expérimenter une modification perceptuelle tout en contournant les résistances au changement du patient ; résistances que l'on attribue ici à son mode de fonctionnement

conscient. Ces suggestions sont caractérisées par leur formulation permissive : utilisation de formules ouvertes associées à certains termes tels que « vous pouvez... », « peut-être », « il est possible que... » (94,95). On privilégie généralement un langage dissociatif utilisant par exemple la rhétorique corps-esprit : « vous allez peut-être fermer les yeux » serait ici remplacé par « vos yeux vont peut-être se fermer » (95). Il existe un grand nombre de techniques de suggestions indirectes dont la liste n'est pas exhaustive. Parmi celles-ci : *l'allusion*, *le saupoudrage*, *les alternatives illusoires*, *le double lien* et *la métaphore*.

L'allusion permet de favoriser certaines associations de pensées chez le patient en les orientant dans la direction voulue par le thérapeute (95).

Le saupoudrage est une technique de modulation paraverbale élaborée par Erickson. Elle consiste à souligner certains mots ou groupes de mots dans le discours en les prononçant d'une manière légèrement différente et en aménageant des pauses avant et après ceux-ci (94).

L'alternative illusoire offre au patient un choix dont la conséquence n'affecte pas la conséquence thérapeutique voulue par le praticien (94).

Lorsque le thérapeute relie artificiellement deux faits, deux idées, deux phénomènes... il crée un *lien* (par exemple : « *vos paupières peuvent devenir lourdes à mesure que vous sentez votre respiration se ralentir...* »). Lorsque ce lien est développé réciproquement à des phénomènes antagonistes dans une logique circulaire, une impasse apparaît dans laquelle toute réponse à la suggestion implique le même résultat (par exemple : « *vous pouvez avoir envie de résister à cette sensation de lourdeur dans les paupières... et il est possible que cette sensation de lourdeur se renforce à mesure que vous y résistez de plus en plus...* »). Elle revient donc à une forme d'alternative illusoire (94).

Les métaphores constituent elles aussi une forme particulière de suggestions indirectes utilisées en hypnose thérapeutique. Elles visent « *à se superposer à la réalité du patient dans un processus de dissociation où il peut trouver la possibilité de coévoluer dans un système de référence qui lui convient* » (104). Elles se construisent suivant certains principes (94) :

- le respect d'un rapport isomorphique avec la réalité du patient. C'est-à-dire que les éléments présents dans la métaphore doivent (par leur nombre ou leurs caractéristiques individuelles) être « en miroir » des éléments présentés par le patient pour décrire son symptôme dans sa

réalité subjective. Ce rapport peut être représenté tel « la carte en tant que métaphore du territoire » (95) ;

- la forme et le contenu de la métaphore doivent respecter autant que possible l'orientation sensorielle du patient ;
- l'introduction d'une perspective historique (au sens d'une histoire) comme allusion à la mise en place d'un processus dynamique ;
- la métaphore doit également posséder une charge émotionnelle afin de la rendre plus pertinente pour le patient ;
- elle doit posséder un caractère relationnel au sens large (relatif à l'ensemble de l'environnement du patient et à lui-même). La métaphore se présente ainsi comme un ensemble d'alternatives relationnelles au symptôme.

Il existe une infinité de métaphores. On peut cependant en distinguer quatre grands types : thématique du changement/non changement, mise en scène de la résistance du patient, évocation des ressources du patient et analogie fonctionnelle au symptôme (la *réification* en est un exemple dans lequel on représente de manière concrète un symptôme de nature abstraite).

L'enchaînement des suggestions (qu'elles soient directes ou indirectes) respecte habituellement une règle appelée « *pacing and leading* » (« *ponctuer et mener* ») en communication hypnotique. Ce procédé crée un *lien* entre ce que le patient est en train de faire et ce que le thérapeute cherche à amener « *tandis que vous faites ceci... vous pouvez commencer à vouloir faire cela* ». Cela peut se faire par :

- conjonction de coordination (tel que « et » et « ou ») ;
- implication causale (« tandis que », « pendant que », « tout en ») ;
- prédicat causal (de type : « *respirer profondément va augmenter votre état de relaxation* »).

Si l'indirectivité des suggestions est en soi un outil de contournement des résistances au changement du patient, chez certains le recours à des techniques plus spécifiques de ce travail peut néanmoins s'avérer utile.

L'utilisation redondante de la *négation* crée un phénomène de saturation cognitive où le message va tendre à être interprété sous une forme positive : une formule comme « *et vous n'êtes pas obligé de ne pas entendre ce que je ne vous ai pas encore dit* » aura tendance à être

interprétée simplement par les termes (« *obligé* », « *entendre* » et « *dit* ») - majorant l'attention portée à la voix du praticien (94).

Le *yes set* (ou *séquence d'approbation*) est une technique où le patient est amené, par « entraînement », à répondre de manière positive à une question à laquelle il aurait spontanément hésité ou répondu négativement. « Thérapeute : *Etes-vous venu en voiture ?* Patient : *Oui ...* / T. : *Etes-vous passé par le secrétariat ?* P : *Oui...* / T. : *Est-ce que vous êtes confortablement installé ?* P. : *Oui...* / T. : *Etes-vous en train de fixer votre attention sur un point ?* P. : *Oui...* » (92,94).

Les procédés que nous sommes en train de décrire ont pour stratégie commune la mise en place de réponses « automatiques » aux suggestions. Ils visent à « écarter » les processus cognitifs conscients acquis (Malarewicz parle de « dépotentialisation de la conscience » (94)) en les mobilisant autour d'informations inhabituelles qu'ils ne sont pas en mesure de traiter. En conséquence, un état de confusion apparaît. Ces techniques de confusion peuvent être verbales ou non verbales. Outre les outils de *saturation* que nous avons déjà cités, le praticien peut employer :

- *l'attribution de pensées/comportements inexistants*. Exemple : « *comme vous l'avez dit tout à l'heure...* » ;
- *le léger détournement d'expressions usuelles* telles que « *qui vole un bœuf vole un œuf* » ;
- la présence de plusieurs niveaux de signification au sein d'une même phrase. Les *jeux de mots* en offrent une bonne illustration ;
- *le coq-à-l'âne* produit une rupture de continuité dans l'articulation des pensées du sujet ;
- sur le plan non verbal, Erickson recourait facilement à des techniques dites de *rupture*. Cela consiste à répondre de manière inattendue à un comportement dont la réponse est censée être prévisible. On en trouve des exemples dans l'ouvrage que Jay Haley lui a consacré (43). Parmi ceux-ci, l'induction d'un état cataleptique du bras à l'occasion de poignées de main : au moment de desserrer sa main, Erickson exerçait une pression du pouce, de l'auriculaire et de l'annulaire qui entraînait un état de confusion dans lequel le bras du patient était placé en catalepsie. La suggestion de catalepsie était ici placée dans le moment de confusion. Actuellement ce type de technique est surtout utilisée en hypnose de spectacle.

Si la liste des techniques de communication hypnotique que nous venons de présenter n'est pas exhaustive, elle permet cependant de percevoir leur diversité ainsi que la grande liberté qui existe dans leur utilisation. Indépendamment du problème méthodologique que soulève cette diversité dans l'étude de l'hypnose, intéressons-nous à présent aux conséquences de son usage au travers de la description chronologique d'une séance d'hypnose.

1.3.1.3 Le processus hypnotique : déroulement, synthèse cliniques et phénoménologiques.

Pour aborder l'aspect dynamique du processus hypnotique, nous avons choisi de présenter le déroulement global d'une séance d'hypnose formelle « type » conformément aux outils utilisés en recherche. Nous évoquerons également certaines spécificités dans la pratique clinique.

On décrit généralement le déroulement d'une séance en trois temps : l'induction, la phase de dissociation (qui débute à l'apparition de signes de transe hypnotique) et la réassociation (phase de reprise de contact) (Figure 21).

Déroulement d'une séance d'hypnose

(Image tirée du site de l'Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale ; www.hypnose-medicale.com)

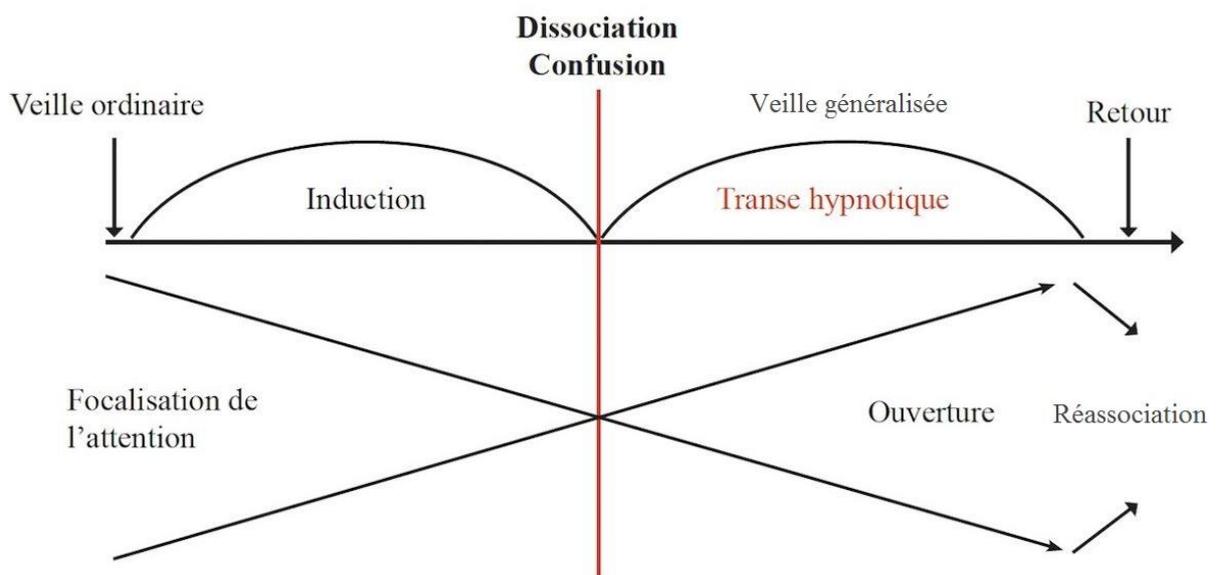


Figure 21

Ce schéma n'est qu'une représentation simplifiée à laquelle il faut préciser que les phases décrites se chevauchent partiellement en pratique (sans transitions « nettes ») : l'articulation entre elles reprend l'image du rhéostat que nous avons déjà utilisée pour décrire le phénomène d'éveil.

Induction

Le rôle de l'induction est d'influencer la vigilance du patient en utilisant le processus attentionnel. Elle amène le patient d'un état de veille restreinte ordinaire à un état de veille généralisée/paradoxe (14). Comme nous l'avons vu, elle correspond à la phase de « dépotentialisation de la conscience » critique ordinaire chez le patient (94).

Il existe un très grand nombre de techniques d'induction. Elles utilisent les éléments de communication hypnotique. La méthodologie « classique » emploie essentiellement des suggestions directes pour l'induction alors que la méthodologie « moderne » use d'une palette technique beaucoup plus vaste et personnalisée au patient. La nécessité de reproductibilité en recherche impose l'usage de protocoles apparentés à l'approche classique.

Cette phase consiste à capter l'attention du patient et à lui soumettre une information qui ne pourra pas être traitée par les processus cognitifs habituels. L'induction se fait donc par un phénomène de saturation de la charge perceptuelle dans un champ rétréci (cf. Neurophysiologie du processus attentionnel). Quelques exemples :

- les inductions par *focalisation sensorielle* sont peut-être les plus courantes. On y suggère la fixation de l'attention sur un élément sensoriel du VAKOG de manière intense et prolongée jusqu'à l'apparition de signes de transe hypnotique (94) ;
- la *relaxation progressive* est une forme particulière d'induction associant une focalisation sensorielle proprioceptive (position du corps, respiration...) avec une suggestion de confort et de relâchement progressif ;
- la *lévitation de la main* est une méthode d'induction idéomotrice préférentiellement utilisée chez les patients dont l'orientation sensorielle est plutôt kinesthésique. Le thérapeute suggère initialement l'apparition d'une sensation de légèreté dans l'une des deux mains du patient.

Lorsque cette sensation est installée, un mouvement ascensionnel est suggéré (sous forme directe ou indirecte). Cette technique d'induction a l'avantage d'offrir un *feedback* physique qui guide le thérapeute dans son travail (92) ;

- l'induction par *catalepsie du bras* dans laquelle le praticien place le bras du patient dans une certaine position en associant des suggestions de légèreté et d'immobilité dans le bras. C'est une technique d'induction idéomotrice rapide ;

- l'induction par *safe place* utilise la suggestion d'un lieu ou d'un événement ressource pour le patient dans lequel il va pouvoir retrouver des sensations de calme, de confort et un sentiment de sécurité ;

- l'induction paradoxale de G. Brosseau par *ne rien faire*. Cette technique établit un double lien entre l'impossibilité qu'a l'individu de « ne rien faire » (pensées constantes, respiration, rythme cardiaque...) et la suggestion de « faire l'exercice ». Cela aboutit à l'apparition précoce de signes de transe.

La durée de l'induction est variable. Le développement de méthode de « nano-inductions » par G. Brosseau l'amène à penser que cette étape du processus hypnotique ne prendrait en fait que 400 ms environ (soit la durée nécessaire à la mobilisation de l'attention endogène) (105). Pour lui, la prolongation de l'induction au-delà ne correspond qu'à un *approfondissement* de l'état de transe induit chez le patient avant la phase de dissociation.

Sur le plan clinique, l'induction se caractérise par l'apparition de signes de transe. Les auteurs les classent en fonction du degré de « profondeur » de la transe à laquelle ils sont associés (13,106,107). Il n'y a pas de corrélation entre cette profondeur et l'efficacité thérapeutique de la séance (13,94). La classification que nous présentons est tirée de celle qui a été publiée en 2004 par Hermes et *al.* (107). Nous précisons que ces éléments fournissent des informations au thérapeute sur le patient même s'ils ne sont que partiellement présents.

Stade hypnoïdal avant fermeture des yeux : fixité du regard, réduction des clignements de paupières et dilatation des pupilles.

Stade hypnoïdal après fermeture des yeux : tremblements des paupières, mouvements oculaires rapides.

Transe légère : diminution de la fréquence et augmentation de l'amplitude respiratoire, diminution de la fréquence cardiaque, hypersialorrhée par diminution du réflexe de

déglutition, diminution des mouvements oculaires rapides, relâchement du tonus musculaire (essentiellement au niveau des muscles du visage et de la nuque) avec ralentissement psychomoteur et diminution de l'activité motrice spontanée.

Transe moyenne : réponses concrètes aux suggestions (modifications de l'activité du système nerveux autonome et du tonus musculaire selon les suggestions), activité motrice involontaire spontanée (mouvements saccadés au niveau des membres ou catalepsie du corps), absence de réaction aux stimuli externes.

Transe profonde (somnambulique) : ouverture des yeux sans interruption de l'état de transe, lévitation spontanée des bras, réponse ralentie aux suggestions, difficultés à parler sans stimulation extérieure.

Sur le plan phénoménologique (étude des phénomènes, de l'expérience vécues et des contenus de conscience), nous utiliserons les termes de F. Roustang de veille restreinte pour définir l'état de conscience ordinaire et de veille généralisée pour l'état de conscience hypnotique (14).

L'état de veille restreinte correspond au mode de fonctionnement usuel. Il peut être représenté selon le philosophe T. Metzinger par le *sentiment d'être conscient* (108). Cet état possède plusieurs propriétés :

- *l'individualité* correspond à l'expérience subjective d'une stabilité de soi-même qui persiste à travers le changement (au travers du temps et de l'espace par exemple) ;
- *la perspective individuelle* décrit le point de vue entretenu en soi et le contenu de la conscience. Cette propriété fait que les objets de conscience sont toujours perçus et ressentis par rapport à soi ;
- *le sentiment d'appartenance* découle de la perspective individuelle. Il fait que certains contenus de conscience sont perçus comme des propriétés inhérentes à soi : sur le plan corporel (« j'ai mal à *mon* bras »), des émotions (« *je* suis heureux »), des états mentaux (« *je* suis attentif »), des intentions ou actions (« *je* parle ») ;
- la dimension de « *soi-agent* » correspond au sentiment d'appartenance rattaché aux actions planifiées et effectuées par notre organisme que l'on juge être le fruit de notre propre volonté. Concernant le mode de fonctionnement en veille restreinte, nous avons vu précédemment (cf. Neurophysiologie de la conscience) que cet état ne permet de traiter consciemment qu'un

nombre limité d'informations ; les autres étant traitées de manière non consciente. Ces informations conscientes sont soumises aux processus cognitifs de haut niveau qui tendent à leurs appliquer un traitement de type digital afin de les inclure dans une logique linéaire (avec relation de cause à effet).

La phénoménologie expérientielle au cours de l'induction hypnotique peut être décrite selon quatre processus qui se mettent en place chronologiquement (53,55) :

- le *sentiment de relaxation physique et mentale* qui induit un sentiment de confort chez le patient ;
- l'*absorption mentale*. On peut la définir comme l'apparition d'une tendance à s'impliquer pleinement dans une expérience sensorielle, imaginaire ou conceptuelle (109). Elle mobilise fortement le processus attentionnel ;
- la *désorientation spatio-temporelle* ;
- le *sentiment d'automatisme* qui caractérise les réponses du patient aux suggestions.

La mise en place de ces processus serait responsable de la phénoménologie de l'état hypnotique (ou veille généralisée/paradoxe). Celle-ci se définit par (13,55,94) :

- la *dissociation*. Nous opérons ici une distinction entre dissociation (en tant que phase de travail succédant à l'induction au cours d'une séance) et *dissociation* phénoménologique (processus mental entraînant la séparation de fonctions normalement associées). Ce phénomène serait lié en particulier au *sentiment d'automatisme*. Il confère parfois à l'expérience hypnotique un caractère déréalisant et/ou dépersonnalisant. A titre d'exemple : une induction par *lévitation de la main* entraîne une dissociation entre la fonction « capacité à s'attribuer une action » et la fonction « motricité » ;
- un fonctionnement « par économie » du patient. Les options perçues comme les moins « coûteuses » tendent à être choisies. On observe ainsi un relâchement des associations avec une impression de fluidité de la pensée. L'utilisation préférentielle d'informations analogiques (plutôt que digitales) crée un littéralisme dans les interprétations (tri sémantique priorisant le sens concret des termes et ne retenant pas certaines variables comme l'abstraction) ainsi qu'un désinvestissement du système de jugement critique conventionnel (abandon des logiques linéaires au profit des logiques circulaires). On associe également à ce fonctionnement « par économie » une réactivité accrue aux suggestions appelée *suggestibilité* (55,94) ;

- l'exclusion de stimuli externes en état de veille généralisée/paradoxe. L'*absorption* pourrait y jouer un rôle prépondérant (13) ;
- la perte de la notion du temps avec perte d'intérêt pour la référence au lieu. On observe en état hypnotique un phénomène de distorsion temporelle dans lequel l'évaluation de la durée d'une séance par le sujet montre un vécu modifié de la temporalité. Le plus souvent dans le sens d'une contraction du temps (durée subjective plus courte que la réalité), mais parfois dans une expansion du temps (durée subjective plus longue) (94) ;
- la modification du fonctionnement mnésique. On observe une facilitation de l'accès aux souvenirs en état hypnotique que l'on qualifie d'*hypermnésie*. Cependant ces souvenirs sont soumis aux effets des *suggestions* : cela amène des possibilités thérapeutiques importantes mais peut également induire la création de *faux souvenirs* (on parle ici de *paramnésie*). Dans ce contexte, il est primordial d'expliquer cette donnée au patient avant d'entamer un travail en hypnothérapie. L'*amnésie* est un phénomène relativement courant qui concerne la séance elle-même et que l'on constate après la phase de *réassociation*. Elle est partielle dans le plupart des cas mais parfois totale (94) ;
- les hallucinations sensorielles. Celles-ci peuvent être positives (perceptions sans objet) ou négatives (non perceptions d'un objet). Les hallucinations peuvent concerner tous les canaux sensoriels mais elles sont le plus souvent visuelles (94) ;
- l'immédiateté émotionnelle. Les réactions émotionnelles du patient en état de veille généralisée peuvent être brutales et spectaculaires. On parle d'*abréaction* en cas d'extériorisation émotionnelle intense en cours de séance (94).

Comme nous l'avons vu précédemment, la phénoménologie de l'état de veille généralisée serait la conséquence de quatre processus apparaissant au cours de l'induction (*sentiment de relaxation physique et mentale, absorption mentale, désorientation spatio-temporelle et sentiment d'automatisme*). Rainville souligne dans son travail que l'ensemble de ces éléments que nous venons de décrire montre que l'état hypnotique n'implique pas de modification des contenus de la conscience mais bien de la conscience elle-même au travers du système de représentation de soi (55). Reprenant le point de vue de Metzinger, il évoque particulièrement « l'altération » de deux propriétés intrinsèques de la conscience usuelle/veille restreinte : le *sentiment d'appartenance* et la dimension de « *soi-agent* » (représentation de soi en tant qu'agent causal de ses propres réponses).

Nous venons de voir que l'induction permet le passage d'un état de veille restreinte à un état de veille généralisée/paradoxe. Cet état modifié de conscience possède des caractéristiques cliniques et phénoménologiques qui lui sont propres. Intéressons-nous à présent aux perspectives et modalités thérapeutiques sur lesquelles ouvre ce constat.

Dissociation

La dissociation - en tant que phase de travail - succède à l'installation d'un état de veille généralisée/paradoxe par l'induction. C'est durant cette phase que le thérapeute exploite à visée thérapeutique les propriétés phénoménologiques de ce dernier (en particulier la *dissociation* comme mise à distance de deux fonctions normalement associées). Elle constitue probablement la partie la plus délicate mais la plus heuristique du processus thérapeutique (94,110). Nous précisons que la communication hypnotique est toujours utilisée dans cette étape.

Sur le plan technique, le praticien commence par suggérer une *dissociation princeps* chez le patient : on y *dissocie* une partie « observateur » et une partie « observée » du patient (94). A titre d'illustration, le thérapeute peut utiliser après une induction par *relaxation progressive* une formule comme : « ... *tandis qu'une partie de vous vit pleinement cette sensation de confort* [partie « observée »] ... *une partie de vous observe le relâchement de vos muscles* [partie « observateur »] ... ». Une fois ce premier niveau de *dissociation* effectif, d'autres niveaux peuvent être suggérés (symptômes/corps de la personne, souvenir/affects associés...) selon les objectifs co-définis.

Le praticien ouvre alors ce processus sur la ou les suggestions thérapeutiques à proprement parler (de manière directe ou indirecte. Cf. La communication hypnotique) en maintenant la *dissociation princeps*.

D'un point de vue thérapeutique, la qualité de la *dissociation* semble plus importante que la profondeur de la transe. L'état de veille généralisée étant « instable », le maintien d'une *dissociation* de bonne qualité (par la construction de rétroactions) permet d'éviter la situation où le patient « s'échappe » uniquement dans sa partie « observée ». Ce phénomène

« d'échappement » revient, pour le patient, à un approfondissement de l'état de transe dans lequel il n'est plus observateur de son expérience. Or, le contexte de veille généralisée/paradoxale ne reste pertinent que dans la mesure où le patient reste en mesure de contrôler l'ensemble des expériences qu'il y trouve (13,14,94).

Au-delà des suggestions thérapeutiques conventionnelles, il est possible d'utiliser des suggestions post-hypnotiques. Elles peuvent être directes ou indirectes et ont pour caractéristique principale de ne prendre effet qu'après la séance.

Après nous être intéressés aux modalités d'induction et à l'usage thérapeutique des propriétés de l'état hypnotique au cours de la dissociation, il est nécessaire d'étudier les modalités de reprise de l'état de conscience ordinaire par réassociation.

Réassociation

La phase de réassociation correspond au « retour » de la veille généralisée/paradoxale vers l'état de veille restreinte (conscience critique ordinaire).

Techniquement, le thérapeute reprend « à rebours » (de manière symétrique) et « efface » les différents niveaux de *dissociation* qui ont été induits jusqu'ici.

Ensuite, on utilise généralement une suggestion indirecte du « réveil », néanmoins celle-ci peut se faire directement. Une technique courante consiste à créer un *lien* entre le « réveil » et la disparition du phénomène hypnotique utilisé lors de l'induction. Par exemple, dans le cas d'une induction par *cataplexie du bras* : « ...et tandis que votre bras redescend et reprend son poids habituel ... vous pourrez ouvrir vos paupières et vous réveiller complètement lorsque votre main touchera votre cuisse ». On peut également utiliser un *lien* avec des phénomènes inévitables (« ... et vous pourrez vous réveiller après avoir pris deux ou trois inspirations profondes... »).

Durant la phase de réassociation, le thérapeute module également les éléments de langage paraverbaux : accélération du discours, amplification du volume de la voix, discours sur le temps inspiratoire et reprise de la tonalité usuelle (94,95).

Lorsque le patient a « repris contact » avec le cadre de « l'ici et maintenant », le thérapeute prend un temps de vérification où il s'assure qu'aucun signe de transe ou sensation inhabituelle ne persiste. Lorsque c'est le cas, il reprend la réassociation avec le patient.

Cette description du processus hypnotique sous l'angle méthodologique, clinique et phénoménologique nous conduit à l'étude des mécanismes neurophysiologiques impliqués.

1.3.1.4 Neurophysiologie et neurophénoménologie

L'investigation neurophysiologique de l'hypnose utilise essentiellement trois techniques : l'électroencéphalographie (EEG), l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) et la tomographie par émissions de position (TEP-scan). Dans les protocoles d'étude, on couple parfois les mesures d'activité électrique par EEG (qui offrent une bonne résolution temporelle) et l'imagerie fonctionnelle par IRMf ou TEP-scan (qui offre surtout une bonne résolution spatiale).

Historiquement et malgré certaines présuppositions, une étude électroencéphalographique réalisée en 1949 par B. Gorton a permis d'établir le constat que l'état hypnotique n'est ni un état de sommeil ni un état de coma : elle constitue la première preuve neurophysiologique que l'état hypnotique est un état de veille (111).

L'analyse quantitative de ces données suggère la présence de modifications significatives non spécifiques à l'EEG. De manière générale, l'état hypnotique est associé à (109) :

- une augmentation de l'activité *alpha* (8-12 Hz) ;
- une augmentation de l'activité *théta* (4-7 Hz) qui pourrait suggérer une intensification de l'attention (112) ou, comme le soutiennent certains auteurs, un indice de relaxation (113).

En 2011, Hinterberger a publié une étude où il détaille les modifications observées à l'EEG chez un patient « hautement hypnotisable » en fonction des différentes étapes du processus hypnotique. Cette étude conclut que (114):

- la fermeture des yeux serait associée à une augmentation bilatérale de l'activité *alpha* au niveau pariétal et occipital, ainsi qu'une activité *béta* au niveau du cortex pariétal sensitivo-moteur ;
- l'apparition de l'état hypnotique est ici caractérisée par : une augmentation de l'activité *alpha* au niveau frontal ; une diminution de l'activité *gamma* dans les régions centrales, frontales et pariétales (bilatérales) ; une augmentation de l'activité *gamma* occipitale ;
- l'état de transe profonde est marqué par un renforcement dispersé de l'activité mesurée sur l'ensemble des bandes de fréquences ;
- la phase de réveil retrouve une réduction d'activités sur toutes les bandes de fréquences au niveau central, frontal et pariétal.

Cependant, il existe une forte variabilité individuelle dans les mesures. L'hypnotisabilité est probablement la variable individuelle la mieux identifiée (115,116). On définit généralement trois sous-groupes de patients en fonction des scores obtenus aux échelles (Cf. Prérequis) : hypnotisabilité haute, moyenne et faible. Comparativement aux sujets « moyennement et faiblement hypnotisables », les sujets « hautement hypnotisables » montrent (sous hypnose) :

- une réduction du nombre de phases de synchronisation dans les aires frontales (116) ;
- la présence d'une activité *alpha* plus localisée dans l'hémisphère gauche (117) et les régions antérieures du cerveau (113) ;
- une activité *théta* plus importante (118) ;
- une activité *béta* en proportion moindre (119).

L'étude des PCE ne permet pas de conclure quant à leur modulation par l'hypnose : certaines études retrouvent une diminution significative de la réponse au PCE (120) là où d'autres montrent des résultats non significatifs (121).

Neuroimagerie de l'hypnose « au repos »

L'étude de la perfusion régionale cérébrale (*regional cerebral blood flow* ou rCBF) a démontré que le débit sanguin cérébral était majoré sous hypnose (d'environ 16%) dans les régions : temporale droite et occipitales (122).

En 1999, P. Maquet et son équipe utilisent le TEP-scan pour explorer le métabolisme du cerveau durant l'état hypnotique (123). Il retrouve :

- une augmentation du métabolisme cortical de l'hémisphère gauche au niveau occipital, pariétal, précentral, prémoteur et préfrontal (ventrolatéral) ;
- une augmentation du métabolisme de l'hémisphère droit au niveau occipital et du cortex cingulaire antérieur ;
- une diminution métabolique a été constatée dans le précunéus (lobe pariétal), au niveau temporal (de manière bilatérale), préfrontal et prémoteur dans l'hémisphère droit.

Dans un état de veille normale en situation de repos, l'imagerie fonctionnelle par IRMf montre une corrélation négative de l'activité du DMN (auquel on attribue la conscience intransitive) et l'activité du réseau externe fronto-pariétal (particulièrement impliqué dans l'attention endogène et la conscience externe) (124). Malgré des divergences dans les résultats obtenus, l'ensemble des recherches sur le sujet admet que ces réseaux fonctionnent de manière différente sous hypnose où l'on ne retrouve plus cette corrélation entre leurs activités (109,125).

Ces travaux montrent des modifications régionales de l'activité du DMN en état hypnotique (qui tend à une réduction au niveau global) (118,126,127) :

- réduction dans les régions postérieures du PCC (cortex cingulaire postérieur) et parahippocampiques associée à une augmentation dans les aires latéro-pariétales et médio-frontales pour Demertzi et *al.* (126) ;
- Oakley et *al.* retrouvent des résultats contraires, à savoir, une augmentation de l'activité dans les régions postérieures et une réduction au niveau des structures antérieures du DMN (118).

L'activité du réseau externe fronto-pariétal serait, elle aussi, modifiée par l'hypnose :

- dans le sens d'une réduction dans les études de Demertzi et de Oakley (118,126) ;
- une augmentation a été retrouvée par Delley et *al.* (127).

Ces divergences de résultats pourraient s'expliquer, d'après A. Vanhaudenhuyse par l'utilisation de diverses méthodes d'induction en fonction des études (109) ; ou d'après Rainville, par l'existence de facteurs de confusion comme l'existence de plusieurs phases dans ce processus (128).

L'étude anatomique structurale par IRM a retrouvé une augmentation moyenne de la taille du rostrum (portion antérieure du corps calleux impliquée dans la communication entre les cortex préfrontaux) de 32% chez les sujets « hautement hypnotisables » par rapport au sujets « faiblement hypnotisables » (129).

Données sur hypnose et douleur

L'IRMf a également été employée pour comprendre les mécanismes de modulation de la douleur par l'hypnose. Une méta-analyse de 2013 portant sur la douleur en chirurgie a démontré une action de l'hypnose sur certaines variables (émotionnelles et sensorielles) de la douleur (détresse émotionnelle, EVA : Echelle Visuelle Analogique, prise d'antalgiques) en pré et post-opératoire (130).

L'état hypnotique modifierait l'activité de certaines « régions cibles » de la douleur. Habituellement, l'expérience douloureuse s'accompagne d'une activation d'un réseau comprenant les cortex somatosensoriels primaire et secondaire, l'ACC et le cortex insulaire (Cf. *Saliency Network*) ainsi que le thalamus (131–133). La majorité des travaux retrouve – lors de la stimulation douloureuse sous hypnose - une activation du thalamus et de l'ACC associée à une réduction de l'activité du cortex somatosensoriel (ici assimilée à la composante sensorielle de la douleur) et du cortex insulaire (assimilée à la composante affective/émotionnelle). Par conséquent, l'hypothèse la plus répandue actuellement est que l'hypnose permettrait d'augmenter le seuil d'activation corticale des structures cortico-sous-corticales (en particulier le thalamus et ACC) impliquées dans la régulation de l'expérience douloureuse (55,109,131,132).

Données sur hypnose et troubles convertifs

A l'aide de l'imagerie fonctionnelle, certains chercheurs ont voulu vérifier l'hypothèse de Charcot selon laquelle hypnose et « hystérie » (assimilée dans la recherche actuelle aux troubles convertifs) étaient issues des mêmes processus neurobiologiques. Kirsch émet l'idée que « *les patients sous hypnose étant amenés à expérimenter des phénomènes de paralysies, amnésie, anesthésie, mouvements involontaires et hallucinations [...] l'hypnotisabilité est*

mesurée à partir du nombre de symptômes conversifs et dissociatifs qu'un sujet est capable de reproduire » (134).

Dans son protocole d'étude, Halligan a comparé les images obtenues par TEP-scan d'un patient dont le diagnostic de « paralysie du membre inférieur gauche d'origine conversive » a été posé à un sujet sain soumis sous hypnose à des suggestions de paralysie du membre inférieur gauche. Un hypermétabolisme au niveau du cortex orbito-frontal et de l'ACC a été objectivé chez les deux patients (135). Une étude de cohorte a confirmé l'implication de ces régions dans les paralysies motrices suggérées par hypnose. Les auteurs avancent l'explication du rôle inhibiteur actif que joue le cortex orbito-frontal et l'ACC en « déconnectant » les aires prémotrices du cortex moteur primaire (118,136).

Une autre étude de cohorte s'intéressant à l'hypnotisabilité chez les patients souffrant de troubles conversifs a retrouvé une corrélation entre celle-ci et le nombre de symptômes conversifs présentés par les patients (137).

S'il est impossible de conclure à la nature commune des troubles conversifs et des phénomènes hypnotiques – en particulier du fait que la plupart des sujets « hautement hypnotisables » en population générale sont des sujets sains – les études suggèrent assez fortement l'implication de mécanismes similaires (109). Néanmoins l'efficacité de certaines psychothérapies portant sur l'homéostasie des systèmes (telles que les thérapies stratégiques et systémiques) pourrait laisser penser que ce type de symptômes serait en fait le produit de suggestions indirectes.

Neurophénoménologie

Certains chercheurs tentent d'intégrer de manière complémentaire les données issues de la phénoménologie expérientielle et celles issues de la neurobiologie afin d'offrir une meilleure compréhension du processus hypnotique. Cette discipline intégrative est appelée neurophénoménologie expérientielle (55).

Comme nous l'avons vu précédemment, l'approche phénoménologique distingue quatre processus intervenant dans l'état hypnotique : *relaxation physique et mentale, absorption mentale, désorientation spatio-temporelle* et *sentiment d'automatisme*.

La phase de relaxation traduit une diminution de la vigilance caractérisée par une réduction de l'activité des noyaux cholinergiques du tronc (138). Ces noyaux régulent l'activation du système thalamo-cortical (Cf. Etat d'éveil). La relaxation s'accompagne donc d'une augmentation de l'activité occipitale et prémotrice/préfrontale, et d'une diminution de l'activité pariétale postérieure droite et du cortex somatosensoriel (Cf. Neuroimagerie de l'hypnose « au repos »).

Les effets de cette modification au niveau occipital sont sujets à diverses interprétations : Maquet et *al.* y voient le signe d'un engagement du processus d'imagerie mentale pendant l'hypnose (123) alors que pour Paus et *al.* (139) ainsi que Hofle et *al.* (140), ce phénomène traduirait une levée de l'action inhibitrice qu'exerce le circuit cholinergique ascendant sur ces aires corticales.

La réduction de l'activité du cortex somatosensoriel suggère qu'il y a, lors de cette phase de relaxation une « *diminution relative de l'influence des signaux sensoriels entrants sur l'activité corticale* » (128).

La diminution de la vigilance est également associée à une diminution du mécanisme compétitif de suppression intermodale dans lequel un type de signal exerce une action inhibitrice sur les autres (on observe par exemple une diminution de l'activité visuelle lors de tâches attentionnelles mobilisant l'audition) (139).

Lorsque le phénomène *d'absorption mentale* apparaît, il semble que l'activité cérébrale se distingue assez largement de celle observée lors du phénomène de *relaxation* (128).

On retrouverait ici une activation de l'ACC (impliqué dans le SN) et du réseau fronto-pariétal de l'attention endogène (Cf. Neuroanatomie) (141).

Le phénomène *d'absorption mentale* correspondrait donc à l'engagement des processus attentionnels sur un état de relaxation avec une baisse de la vigilance qui favoriserait la flexibilité mentale (128). Ces mécanismes attentionnels, sous l'influence de suggestions, permettraient de recentrer l'expérience subjective du patient sur des contenus de conscience alternatifs. Cette interprétation corrobore l'idée que l'induction d'un état hypnotique correspond à un élargissement de l'espace expérientiel potentiel (14,55).

Concernant le *sentiment d'automatisme*, des études portant sur l'attribution causale d'une action évoquent le rôle majeur de régions pariétales postérieures et insulaires (142–

144). Une étude réalisée en 2003 par Blakemore et *al.* a consisté à comparer les images obtenues par IRMf dans trois types de situations dans lesquelles le bras gauche de tous les sujets était relié à un système de poulie (145) :

- mouvement actif volontaire du bras gauche ;
- mouvement passif du bras gauche ;
- mouvement actif involontaire/illusion de mouvement passif obtenue par induction hypnotique (*lévitation de la main*). Dans cette situation, le sujet attribue à tort l'élévation de son bras à une action de l'examineur sur le système de poulie.

Les résultats ont montré que dans les situations « mouvement passif » et « mouvement actif involontaire », il existait une activation significativement plus importante du cortex pariétal postérieur droit (controlatéral) et du cervelet. Cette activité cérébrale comparable tend à confirmer que l'hypnose est associée à une modification du système de la représentation de soi (ici à travers la dimension du *soi-agent*).

Comme nous venons de le voir, il s'avère difficile de caractériser l'hypnose sur le plan neurobiologique du fait de l'absence d'activité suffisamment spécifique dans les modifications observées. Néanmoins, les études réalisées nous permettent d'objectiver sa réalité et d'affirmer qu'il ne s'agit ni d'un état de sommeil, ni d'un état de relaxation par imagerie mentale, ni d'un effet placebo. La vision de l'hypnose en tant qu' « état modifié de conscience » permet son état phénoménologique. A titre d'approche intégrative, la neurophénoménologie semble une voie intéressante pour rendre compte de la complexité du processus hypnotique. Son caractère interprétatif nous oblige toutefois à conserver une certaine réserve quant à ces conclusions.

Nous avons jusqu'à présent essentiellement étudié les caractéristiques de l'hypnose sous l'angle individuel. Abordons maintenant cette question sous l'angle de la relation.

1.3.1.5 La relation hypnotique

Dans une considération épistémologique, l'investigation scientifique nécessite l'exclusion de potentiels facteurs de confusion pour explorer une hypothèse. Or la

communication interhumaine est un phénomène d'une grande complexité modulé par un très grand nombre de variables souvent difficiles voire impossibles à quantifier à l'heure actuelle. Cette dimension est donc généralement exclue des travaux de recherche sur l'hypnose. Il en résulte une tendance qui est de penser l'hypnose plutôt en termes de techniques et d'effets neurobiologiques qu'en termes d'empathie et de lien thérapeutique (26). On ne peut pas pour autant infirmer ou confirmer l'importance du rôle que joue le praticien.

Dans son histoire, l'aspect relationnel de la pratique de l'hypnose a souvent été source de controverse (Cf. Historique) et il est probable que ce rapport particulier entre patient et hypnothérapeute ait partiellement initié la théorie du transfert de Freud (35).

Plus récemment, la question du rôle du thérapeute ne semble toujours pas totalement tranchée : Roustang évoque un rôle de « facilitateur » du praticien en précisant que « *le seul élément indispensable à la pratique de l'hypnose est l'hypnotisé lui-même* » (14), Bioy juge que tout usage de l'hypnose implique une composante relationnelle (26).

Nous savons aujourd'hui que l'état hypnotique repose en grande partie sur la mobilisation de l'attention (Cf. Neurophysiologie et neurophénoménologie). Eric Bonvin insiste sur cette notion en décrivant la pratique comme « *l'art de l'usage de l'attention renforçant l'efficacité thérapeutique naturelle de la relation humaine* ». Il soutient l'idée que l'attention est au centre de ce qui fait la spécificité relationnelle de la pratique de l'hypnose puisque la seule disposition nécessaire à l'expérimentation de cet état serait le *focus relationnel* entre « hypnotisé et hypnotiseur » (146). Dans le processus hypnotique, il est nécessaire au thérapeute d'« alimenter » l'attention du patient tout en se focalisant lui-même sur le patient. Une telle pratique implique fortement la notion d'empathie (1,100). Cette fonction étant strictement relationnelle, l'implication d'un praticien paraît indispensable à une pratique thérapeutique de l'hypnose (indépendamment de la possibilité qu'a le patient d'apprendre à maîtriser des exercices d'autohypnose puisque cet apprentissage se fait dans un cadre relationnel (90)).

L'implication du thérapeute est même totale, puisque lui-même est en état hypnotique lors de la réalisation des séances (90,94,146). Cette position particulière du thérapeute lui permet de se laisser « influencer » par la communication du patient afin de co-construire le travail thérapeutique : Erickson employait l'expression de « *conduire en suivant* » pour

qualifier le rôle du praticien (43). Ainsi, certains auteurs parmi lesquels E. Collot voient dans le phénomène de transe hypnotique l'illustration d'une forme particulière d'alliance thérapeutique (26).

Si la recherche a prouvé l'efficacité des psychothérapies dans un grand nombre d'indications, les facteurs d'influence techniques (selon la méthodologie ou le modèle spécifique employé) ne représenteraient qu'une part minimale et non discriminante de l'effet thérapeutique d'un traitement ; y compris dans l'hypnose (147). Ce constat questionne le contexte relationnel dans lequel les psychothérapies s'opèrent. Certes il existe ici une intentionnalité de soin influente qui « fabrique » ce cadre autour d'objectifs thérapeutiques. Néanmoins, celui-ci se définit avant tout par une expérience relationnelle dans laquelle des systèmes de représentation entrent en contact et exercent une influence mutuelle en utilisant des principes de communication (101). Nous sommes alors en droit de nous demander si l'hypnose opère pour les raisons que l'on croit (146).

Avant de nous intéresser plus spécifiquement à la question des croyances et attitudes à l'égard de l'hypnose et de leur impact, nous avons souhaité vérifier les données disponibles traitant de l'efficacité de l'hypnose dans diverses indications psychiatriques.

1.3.2 Efficacité clinique en psychiatrie

Comme nous avons pu le voir, l'hypnothérapie s'est développée et a évolué de manière empirique sur une période de près de deux siècles. L'une des conséquences en est que la littérature sur le sujet regorge de *case report* dont le niveau de preuve est très faible voire insuffisant aux yeux de la médecine basée sur les faits (ou *Evidence-Based Medicine ; EBM*). Afin d'offrir un aperçu plus objectif de l'efficacité de l'hypnothérapie, nous avons décidé d'exclure ici les études dont la méthodologie n'était pas associée à un niveau de preuve intermédiaire ou élevé (*case report*, série de cas et opinions d'experts). Par conséquent, les travaux présentés correspondent tous à des méta-analyses, des essais cliniques contrôlés ou des essais cliniques ouverts.

Une méta-analyse de 1995 réalisée par Kirsch et *al.* a inclus 18 études comparant l'efficacité des TCC seules à celle de l'hypnose en adjonction aux TCC dans diverses indications : douleurs chroniques, insomnie, hypertension, anxiété, obésité, phobie des serpents, amélioration des performances athlétiques, ulcère gastroduodéal et anxiété de discours en public (148). Les auteurs concluent à une augmentation significative modérée de l'efficacité dans les groupes ayant bénéficié d'hypnothérapie en adjonction aux TCC pour environ 70 % des patients à l'issue du traitement ($d = 0.5$, $p < 0.05$). Même si cette étude est fréquemment citée dans la littérature, ces résultats doivent être nuancés par l'importante hétérogénéité des essais inclus dans ce travail.

En 2003, Flammer a regroupé 57 essais cliniques randomisés contrôlés investiguant l'efficacité de l'hypnose dans des indications somatiques et psychiatriques encore plus diversifiées (149). La majorité de ces travaux employaient une approche « classique » de l'hypnose (environ 70 %). Cette étude représente la plus grosse méta-analyse réalisée sur le sujet. Les auteurs ont comparé les résultats obtenus entre un groupe de patients recevant un traitement médical conventionnel (servant de groupe contrôle) et ceux obtenus dans un groupe ayant bénéficié d'hypnothérapie en adjonction. Les analyses statistiques retrouvent une amélioration significative modérée de l'efficacité dans le groupe ayant été traité par hypnose ($d = 0.63$, $p < 0.05$) dans le traitement des pathologies intégrées à la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies 10^{ème} édition) en comparaison au groupe contrôle. Néanmoins, l'influence de variables - telles que les différences de pathologies traitées, de mesures effectuées ou de protocoles utilisés – empêche les auteurs de se prononcer dans le cadre spécifique des différentes indications retrouvées.

Il existe donc des données suggérant une efficacité « globale » de l'hypnose. Toutefois, ces méta-analyses ne permettent pas de conclure spécifiquement vis-à-vis des diverses indications psychiatriques qu'elles recourent en partie. La section suivante traite donc de la littérature retrouvée sur l'efficacité de l'hypnose dans les indications psychiatriques spécifiques.

1.3.2.1 Dans les troubles anxieux

Certaines revues de la littérature laissent à penser que l'hypnothérapie est efficace dans l'ensemble des troubles anxieux : par son utilisation seule ou en adjonction aux TCC (150,151). Malheureusement, celles-ci reposent essentiellement sur la description de cas cliniques que nous n'avons pas intégré aux articles présentés dans les sections suivantes.

Phobies spécifiques

Pour rappel, les phobies spécifiques touchent entre 10 et 20 % de la population et correspondent à des peurs intenses et persistantes centrées sur un seul objet ou une seule situation, sans les mécanismes particuliers de l'agoraphobie et des phobies sociales (152).

Une étude de 1981 s'est intéressée à l'efficacité de l'hypnose (et de suggestions post-hypnotiques en particulier) en adjonction aux thérapies de désensibilisation conventionnelles chez des patients souffrant d'une phobie des serpents. Nous qualifierons de mixte l'approche hypnotique utilisée : les auteurs ont utilisé des scripts standardisés (approche classique) utilisant des suggestions indirectes (approche moderne). Un groupe de neuf patients a été inclus dans le protocole « désensibilisation et hypnose » dont les résultats ont été comparés à un groupe contrôle « désensibilisation seule » de neuf patients. La méthode d'assignation utilisée n'est pas clairement définie dans la méthodologie de cette étude. Comparativement au groupe « désensibilisation seule », les résultats obtenus dans le groupe « désensibilisation et hypnose » montrent une supériorité significative au « test des conduites d'évitement » ainsi qu'une amélioration non significative des scores obtenus sur « l'échelle d'évaluation des peurs » ($p < 0.05$) (153).

Une étude non contrôlée portant sur 12 adolescents souffrant de phobie scolaire (pathologie apparentée aux phobies spécifiques malgré certaines similitudes avec la phobie sociale) a fait l'objet d'une publication en 2006 (154). Dans ce travail, les techniques utilisées étaient basées sur des exercices d'autohypnose facilités par des contacts téléphoniques entre les adolescents et leurs thérapeutes dans les situations de stress durant les deux semaines de l'intervention. Le suivi à un an a montré de bons résultats pour huit patients (reprise scolaire à temps complet), une amélioration partielle pour trois patients et l'absence d'amélioration

pour un patient. Dans une revue critique de la littérature de 2016, A. Pelissolo souligne la présence de trois biais majeurs dans cette étude qui ne permettent pas la généralisation de ces résultats : l'absence de groupe contrôle, de mesure psychométrique et le recours à une approche comportementale (appels téléphoniques) (152).

Trouble panique avec ou sans agoraphobie

Le trouble panique est défini par la répétition imprévisible de crises anxieuses paroxystiques (ou attaques de panique) associant symptômes neurovégétatifs et impression de perte de contrôle avec peur de mourir. Cette pathologie est fréquemment associée à l'agoraphobie : évitement invalidant des lieux dans lesquels on pourrait se retrouver isolé sans secours possible (notamment en cas d'attaque de panique). Ces pathologies concerneraient environ 4 % des femmes et 2 % des hommes (152).

En 1997, Van Dyck et Spinhoven ont comparé l'efficacité d'un traitement par exposition in vivo seule (en tant que TCC) et de ce même traitement associé à deux séances d'hypnose « moderne » préalables (effectuées à un rythme hebdomadaire avec enregistrement des séances, consigne de réécoute quotidienne et prescription d'exercices d'autohypnose) chez des patients souffrant de trouble panique avec agoraphobie. Ces séances respectaient un schéma relativement précis avec l'utilisation de scripts définis par avance :

- séance 1 = information et familiarisation du patient avec les inductions hypnotiques par l'utilisation de deux techniques choisies par le thérapeute ;
- séance 2 = enregistrement d'une séance « moderne » utilisant des suggestions indirectes de « succès futurs ».

L'étude a inclus 64 patients et employé une procédure de *cross-over*. Les résultats n'ont pas retrouvé de différences significatives, et ce, quel que soit le type d'échelle employée (comportementale, auto-hétéro évaluation) (155). Si cette étude suggère l'absence de bénéfice à l'adjonction de l'hypnose, certaines limites méthodologiques - dont l'absence de randomisation et la courte durée de l'intervention par hypnose - ne permettent pas de généraliser ces résultats.

Stetter a réalisé en 1994 un travail de recherche sur 27 patients souffrant de trouble panique avec agoraphobie. Ceux-ci étaient traités par hypnose ericksonnienne dans le premier

groupe et par training autogène de Schultz dans le second groupe (cette méthode étant assimilée à de l'autohypnose). L'attribution s'est faite de manière aléatoire. L'intervention consistait à la réalisation de six séances pour chaque groupe sur un rythme hebdomadaire. Les auteurs ont retrouvé une amélioration significative des symptômes (sur l'échelle State-Trait Anxiety Inventory, $p < 0.05$) au sein des deux groupes, sans différences significatives entre eux et avec un maintien de l'effet à trois mois (156).

Dans une démarche similaire, Sakai a retrouvé une efficacité du training autogène sur la base d'une étude non contrôlée incluant 34 patients répondant aux critères DSM III-R du trouble panique avec agoraphobie (157).

Phobies sociales

Ce trouble anxieux se définit par une peur et un évitement des situations sociales par crainte du regard et du jugement d'autrui. Il affecterait entre 3 et 5 % de la population générale (152).

Nous n'avons pas retrouvé d'essai clinique évaluant l'efficacité de l'hypnose dans la phobie sociale à proprement parler. Cependant, Schoenberger et *al.* ont réalisé une étude comparative sur des patients présentant une peur de s'exprimer en public (158). Celle-ci étudiait les résultats thérapeutiques obtenus par l'utilisation d'une méthode de TCC conventionnelle ainsi que ceux obtenus par la même méthode présentée cette fois comme une technique « d'hypnose ». Il en est ressorti que l'emploi du terme « hypnose » améliorait faiblement mais de manière significative ($p < 0.05$) l'efficacité du traitement (158).

Etat de stress aigu et post-traumatique

L'état de stress aigu (ESA) correspond à une angoisse persistante associée à des reviviscences et des troubles du sommeil faisant suite à un épisode traumatique sur une durée de moins d'un mois. Lorsque les symptômes de reviviscence (*flash-back*, cauchemars...), hypervigilance et conduites d'évitement persistent au-delà d'une durée d'un mois avec une altération des fonctions cognitives, on parle d'état de stress post-traumatique (ESPT) (152). En France, l'ESPT concernerait 0.7% de la population (159).

Une étude contrôlée s'est intéressée à l'efficacité de l'hypnose en adjonction aux TCC versus TCC dans le traitement des ESA et l'évolution vers un ESPT. Elle a fait l'objet de deux publications : l'une basée sur les résultats obtenus à court terme après cinq séances hebdomadaires de traitement avec un suivi à six mois (160) et l'autre sur les résultats à long terme (suivi à trois ans) (161). Dans ce travail, 87 patients ont été inclus et randomisés dans 3 groupes : « TCC seule », « TCC + hypnose » et « contrôle » (dans ce groupe, les patients bénéficiaient uniquement d'une psychothérapie de soutien). Le critère de jugement principal était la présence des critères DSM-IV de l'ESPT lors des évaluations effectuées à 5 semaines, 6 mois et à 3 ans. Sur les 69 patients ayant effectué intégralement le protocole, les résultats ont montré :

- une diminution significative ($p < 0.05$) du nombre de patients souffrant d'ESPT dans les groupes « TCC » et « TCC + hypnose » à la fin du traitement et à six mois par rapport au groupe contrôle ;
- l'absence de différence significative ($p < 0.05$) sur le critère de jugement principal entre les groupes « TCC » et « hypnose + TCC » ;
- une diminution des symptômes de reviviscence significativement plus importante dans le groupe « hypnose + TCC » par rapport aux deux autres à l'issue du traitement (5^{ème} semaine) qui est retrouvée non significative à six mois.

Toujours sur la base de la présence des critères diagnostic DSM-IV-TR de l'ESPT, l'évaluation de suivi réalisée à trois ans sur 53 patients retrouvait une amélioration significative ($p < 0.05$) chez les patients inclus dans les groupes « TCC » et « TCC + hypnose » par rapport au groupe contrôle avec des résultats plus favorables mais non significatifs dans le groupe « TCC ».

A la suite d'une attaque terroriste à Bali en 2002, une étude contrôlée a été menée sur des enfants de six à 12 ans souffrant d'ESPT. Les auteurs ont analysé les résultats obtenus dans un groupe de 48 patients traités par « thérapie spirituelle assistée par hypnose » comparé à un groupe contrôle de 178 patients ne bénéficiant d'aucun traitement (162). L'intervention consistait en une séance de groupe de 30 minutes. Les auteurs retrouvaient une amélioration de 77,1 % des symptômes d'ESPT dans le groupe « thérapie spirituelle assistée par hypnose » contre 24 % au sein du groupe contrôle. Au-delà de l'absence de randomisation, cette étude utilise une méthodologie interventionnelle très particulière (comprenant entre autres des notions de spiritualité rattachées à des facteurs culturels locaux) qui ne permettent d'en

généraliser ni la procédure ni les résultats comme le souligne le rapport de l'INSERM de 2015 sur l'évaluation de l'efficacité et de la pratique de l'hypnose (12).

Barbarasz et Christensen ont développé une approche standardisée assimilée à une forme d'hypnothérapie baptisée « *abreactive ego state therapy* ». Cette thérapie est utilisée dans la prise en charge de l'ESPT. L'intervention repose sur une unique séance d'une durée de cinq à six heures en cinq phases de travail structurées (163). Cette méthode a été évaluée dans deux études (recourant à la même méthodologie) standardisées contrôlées randomisées versus placebo (traitement per os inerte pharmacologiquement) incluant 36 patients (164) et 30 patients (165). Ces travaux retrouvent une efficacité à court terme significativement supérieure ($p < 0.05$) dans les groupes « *abreactive ego state* » avec un maintien des résultats à 12 mois (avec pour critère de jugement principal l'évaluation de la présence des 17 symptômes principaux de l'ESPT définis par le DSM-IV-TR).

Une étude israélienne randomisée de 2008 portant sur 32 ex-militaires atteints d'ESPT a comparé un groupe traité par antidépresseur (de la classe des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ou ISRS) et zolpidem à un groupe traité par ISRS et hypnothérapie (réalisation de deux séances d'une heure et demi à une semaine d'intervalle) (166). Une supériorité du groupe « ISRS + hypnothérapie » a été retrouvée par les auteurs avec un maintien de l'effet de groupe à un mois sur l'échelle *Posttraumatic Diagnostic Scale*.

Brom et *al.* ont réalisé un essai clinique sur 112 patients pour lesquels le diagnostic d'ESPT avait été posé. Ces patients ont été randomisés dans différents groupes de psychothérapies brèves (« psychodynamique » où $n=29$; « hypnothérapie » où $n=29$; « désensibilisation traumatique » où $n=31$; « liste d'attente » où $n=23$). Le groupe « liste d'attente » faisait ici office de groupe contrôle. Les auteurs ont montré une efficacité thérapeutique significative ($p < 0.05$) dans les trois groupes de traitement par rapport au groupe contrôle. Néanmoins, aucune différence significative n'a été retrouvée en comparant l'efficacité de ces thérapies entre elles (167).

En 2010, Abramowitz et Lichtenberg ont publié un essai clinique évaluant l'efficacité d'une technique originale appelée « thérapie hypnotique par conditionnement olfactif » (168) dans le PTSD. Ils ont inclus 36 patients dans leur étude ouverte non contrôlée. Ils ont retrouvé une efficacité chez 58 % des patients sur la base du critère de jugement principal « diminution

d'au moins 50 % sur l'échelle d'intensité symptomatique » (l'échelle utilisée était l'*Impact of Event Scale*).

Un autre essai clinique ouvert non contrôlé portant sur 26 patients et utilisant le même critère de jugement principal a été publié en 2010 (169). S'il retrouve une efficacité mesurée supérieure à 60 % après une semaine de traitement, ses résultats ne permettent pas de conclure du fait d'une méthodologie peu rigoureuse.

En 2008, une étude iranienne a été réalisée dans un service de patients grands brûlés. Celle-ci ne portait pas à proprement parler sur l'ESPT mais sur l'évaluation de la douleur et du nombre de reviviscences chez les 44 patients inclus (170). L'intervention dans le groupe « hypnothérapie » résidait en la réalisation de séances d'hypnose hebdomadaires non standardisées sur cinq semaines. Les évaluations ont été effectuées à l'issue de la première (S1), de la troisième (S3) et de la cinquième semaine (S5) de traitement. Sur le plan des reviviscences traumatiques, aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes à S1 et S3. En revanche, les mesures effectuées à S5 retrouvent des résultats significativement plus favorables dans le groupe « hypnothérapie » ($p < 0.05$).

L'existence d'essais cliniques évaluant l'efficacité clinique de l'hypnose dans l'ESPT a permis la réalisation de deux méta-analyses parues en 2016 (171,172). Nous précisons qu'elles ont toutes deux exclu les études portant sur les effets adjonctifs de l'hypnose (dont celle de Bryant (160,161)).

Celle réalisée par O'Toole et *al.* a inclus six des études que nous avons présentées (162,166–170). Cette méta-analyse retrouve une efficacité significative ($p > 0.05$) de l'hypnose dans cette indication : en particulier sur les symptômes « reviviscences traumatiques » et « conduites d'évitement ». Néanmoins, les auteurs signalent un nombre important de facteurs d'hétérogénéité rendant nécessaire la prise de précautions dans l'interprétation des résultats (171).

Rotaru et Rusu ont inclus, eux aussi, six études dans une méta-analyse (162–167). Dans leur conclusion, ils nuancent les résultats en précisant que malgré l'importance de la *taille de l'effet* mesurée ($d = -1.18$), celui-ci semble peu fiable : le faible nombre d'études retrouvé dans la littérature et l'hétérogénéité méthodologique entre ces essais nécessitant d'interpréter

avec précautions les résultats. L'approche de type « *abreactive ego state* » est cependant retrouvée supérieure aux autres types d'interventions.

En dépit des limites méthodologiques, ces travaux suggèrent fortement une efficacité de l'hypnose dans cette indication.

Au total dans l'ESPT, Les conclusions issues de la revue systématique de la littérature rédigée par Pelissolo (152) et du rapport de l'INSERM (12) se rejoignent pour juger insuffisant le niveau de preuve de l'efficacité de l'hypnothérapie dans la prise en charge de l'ESPT pour recommander cette pratique. Cependant ces travaux présentent des biais méthodologiques : l'INSERM ne s'appuie que sur une étude (celle de Lesmana (162)) et Pelissolo s'est basée sur seulement trois essais cliniques (celui de Bryant (160,161), de Lesmana (162) et d'Abramowitz et al. (168)). Les deux méta-analyses que nous avons retrouvées sur le sujet ont été réalisées postérieurement au rapport de l'INSERM et ont été publiées très peu de temps avant l'article de Pelissolo qui n'en a probablement pas eu connaissance au moment de la rédaction de son travail.

Trouble anxieux généralisé et troubles obsessionnels compulsifs

A notre connaissance et malgré nos recherches, ces indications n'ont fait l'objet d'aucune étude clinique spécifique en ce qui concerne une possible efficacité de l'hypnose.

Au total dans les troubles anxieux, nous disposons de peu de données fiables relatives à l'efficacité de l'hypnose dans les phobies spécifiques et le trouble panique avec ou sans agoraphobie. Néanmoins, ces données suggèrent une efficacité avec un faible niveau de preuve. A notre connaissance, l'efficacité de l'hypnose dans les phobies sociales, le trouble anxieux généralisé et les troubles obsessionnels compulsifs n'a fait l'objet d'aucun essai clinique qui permettrait d'en estimer le niveau de preuve. La seule indication apparentée aux troubles anxieux dans laquelle l'efficacité du traitement par hypnothérapie montre un niveau de preuve intermédiaire est l'ESPT.

1.3.2.2 Dans l'insomnie

D'après le DSM, l'insomnie correspond à une insatisfaction vis-à-vis de la qualité ou de la quantité du sommeil associée à des difficultés d'endormissement, de maintien du sommeil ou des réveils précoces sans la capacité de se rendormir (173). Cette pathologie est extrêmement fréquente puisque l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) estimait sa prévalence française à 15.9% en 2010 (174).

Une étude randomisée et standardisée de 1975 a comparé l'efficacité de trois méthodes psychothérapeutiques (relaxation progressive, hypnose et auto-relaxation) à un groupe contrôle dans le traitement de l'insomnie. Les 37 patients étaient des étudiants américains de l'Iowa. Les groupes « hypnose » et « relaxation progressive » ont montré une supériorité par rapport au groupe « auto-relaxation ». L'efficacité de ces deux méthodes était significative ($p < 0.05$) et comparable sur les critères principaux « nombre de minutes nécessaires à l'endormissement », « nombre de réveils nocturnes » et « réveils matinaux précoces » à trois semaines (175).

Un autre essai clinique américain randomisé non contrôlé a été réalisé la même année sur 16 étudiants souffrant d'insomnie. Les auteurs ont retrouvé des résultats comparables entre les groupes « relaxation » et « hypnose » sans mettre en évidence de différence significative (176).

En 1976, Barabasz s'est intéressé à comparer l'efficacité de la stimulation électrique cérébrale par courant alternatif de faible intensité (nommée *Cerebral Electro-Stimulation* ou CES dans l'article et actuellement appelée *transcranial Alternating Current Stimulation* ou tACS) et de l'hypnose sur l'insomnie chez des patients hospitalisés pour épisode dépressif caractérisé (EDC) d'intensité légère (177). Cette étude a inclus 60 patients qui ont été randomisés en quatre groupes : « tACS seule », « placebo de tACS », « hypnose + tACS » et « hypnose + placebo tACS ». A l'issue de six séances réalisées à quatre jours d'intervalle, les résultats montraient :

- une supériorité « tACS seule » par rapport à « placebo tACS » ($p < 0.05$) ;
- une supériorité « hypnose + tACS » par rapport à « tACS seule » ($p < 0.05$) ;
- une supériorité « hypnose + placebo tACS » par rapport à « placebo tACS » ($p < 0.05$) ;
- l'absence de différence significative entre « hypnose + tACS » et « hypnose + placebo tACS » ;

- l'absence de différence significative entre « tACS seule » et « hypnose + placebo tACS ».

Ce travail conclut à une probable efficacité de l'hypnose dans l'insomnie chez les patients souffrant d'EDC léger.

Sur une base de volontariat, 45 patients insomniaques ont été inclus et randomisés dans une étude australienne de 1989 (178). Celle-ci comparait l'évolution de trois groupes :

- un groupe pour lequel quatre séances de « relaxation hypnotique » ont été réalisées de manière individuelle sur un rythme hebdomadaire ;
- un groupe contrôle ;
- un groupe placebo.

Comparativement aux groupes contrôle et placebo, les résultats montraient une amélioration significativement supérieure chez les patients du groupe « relaxation hypnotique » sur le critère principal du « nombre de minutes nécessaires à l'endormissement ».

L'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge des troubles du sommeil persistants chez les patients souffrant d'un ESPT a fait l'objet d'une étude israélienne publiée en 2010 (179). Les patients de ce travail étaient traités par ISRS depuis au moins deux mois en association à une psychothérapie de soutien pour un ESPT. Les auteurs ont ici inclus 32 patients qu'ils ont randomisés dans :

- un groupe traité par zolpidem 10 mg au coucher ;
- un groupe « hypnothérapie » où l'intervention consistait en la réalisation de quatre séances d'hypnose « orientées sur le symptôme » d'une heure et demie.

La durée de l'étude était de deux semaines. Les mesures initiales ont été contrôlées à l'issue de l'intervention et un mois plus tard.

Les résultats ne retrouvent pas de différence significative sur les critères suivants :

- temps de sommeil total ;
- nombre de réveils nocturnes.

En revanche cette étude montre des résultats significativement en faveur du groupe « hypnothérapie » en ce qui concerne :

- la qualité du sommeil (auto-évaluée selon une échelle analogique) ;
- la capacité d'attention/concentration en journée ;
- la somnolence matinale.

De plus, Abramowitz retrouve une amélioration des symptômes d'ESPT (mesurés selon l'échelle *Posttraumatic Disorder Scale*) significativement plus importante dans le groupe « hypnothérapie ».

En 2010, Farrell-Carnahan et *al.* ont tenté d'évaluer l'efficacité d'une application informatique (proposant des exercices d'autohypnose quotidiens durant quatre semaines) sur l'insomnie chez les patients en rémission de cancer (180). Le programme informatique a été développé sur la base de scripts standardisés dont les participants recevaient quotidiennement des enregistrements audios par mails. Les résultats de ce travail randomisé et contrôlé montrent un effet thérapeutique faible mais significatif ($p < 0.05$) sur :

- la sévérité des symptômes d'insomnie (mesurée sur l'*Insomnia Severity Index* – ISI – et sur le *Sleep Diary*) ;
- la qualité de vie (mesurée sur la *Short Form 12* ou SF-12).

Cette étude n'ayant inclus que 28 patients (14 dans le groupe « auto-hypnose » et 14 affectés au groupe contrôle), ces résultats ne peuvent être généralisés.

Les six études que nous venons de citer ont été retenues dans le cadre d'une méta-analyse de 2015 (181). En plus de ces travaux, les auteurs ont inclus sept essais cliniques dans lesquels l'intervention a été assimilée à de l'hypnose : en particulier l'utilisation du training autogène et de l'imagerie mentale guidée avec relaxation. En dehors de deux études (dont celle de Farrell-Carnahan (180)), la qualité méthodologique s'est avérée faible pour l'ensemble des travaux. Le risque de biais, calculé selon les critères Cochrane, est important dans tous ces travaux en dehors de celui de Barabasz (177), jugé incertain par manque de données.

A cause d'une trop grande hétérogénéité dans les mesures, le seul critère de jugement sur lequel les auteurs ont pu conclure en faveur de l'hypnose était le « nombre de minutes nécessaires à l'endormissement ».

Au total dans l'insomnie, si les résultats, dans leur ensemble, suggèrent une efficacité de l'hypnose dans le traitement de l'insomnie, ils ne permettent pas de l'établir avec certitude aux vues de la faible qualité des données disponibles, le niveau de preuve est donc faible.

1.3.2.3 Dans les addictions

L'utilisation de l'hypnose dans le champ des addictions est probablement l'un des plus porteurs de croyances positives dans la population générale (6). Il nous faut à présent confronter ce constat aux données de la littérature scientifique sur le sujet.

Sevrage tabagique

En 2017, l'INPES retrouvait une prévalence de la dépendance au tabac (ici assimilée à la consommation quotidienne) de 26.9% en France (182).

La Cochrane a publié en 2010 une revue systématique de la littérature portant sur le sevrage tabagique par utilisation de l'hypnose (183). Ce travail a inclus 11 essais cliniques randomisés contrôlés. Devant la diversité des interventions, les auteurs ont privilégié l'approche narrative à la réalisation d'une méta-analyse. Les conclusions des auteurs étaient que :

- comparativement aux groupes contrôles, les essais cliniques recensés semblent montrer une efficacité dans le sevrage tabagique sur la base du taux d'abstinence recensé à six mois et un an malgré une grande hétérogénéité des interventions et des résultats ;
- l'hétérogénéité des interventions ne permet pas de généraliser les résultats ;
- l'hypnothérapie n'a pas montré de supériorité par rapport aux interventions conseils, à la substitution nicotinique associée à un suivi psychothérapeutique ou à l'ensemble des prises en charges psychothérapeutiques ;
- ces données ne sont pas suffisantes pour intégrer l'hypnose dans leurs recommandations concernant la prise en charge du sevrage tabagique.

Une méta-analyse plus récente de 2012 a fait l'objet d'une publication de l'*American Journal of medicine* (184). Les auteurs s'intéressaient à l'évaluation de l'efficacité de trois stratégies alternatives dans l'aide au sevrage tabagique : l'acupuncture, l'hypnose et la thérapie d'aversion. Ce travail a inclus quatre essais randomisés contrôlés avec une période de suivi d'au moins six mois dans lesquels des patients étaient traités par hypnothérapie. Les auteurs ont eu recours à des critères d'exclusion plus sélectifs (en particulier sur les échelles d'évaluation employées et la durée du suivi) que ceux utilisés dans le travail réalisé par la

Cochrane d'où le nombre très faible d'étude inclus de ce travail. Néanmoins les essais analysés présentaient une méthodologie plus rigoureuse et des résultats jugés plus fiables.

Leurs résultats ne montrent pas une efficacité statistique significative. Cependant, les auteurs émettent des conclusions plus nuancées que la Cochrane en précisant que l'hypnothérapie leur semble utile dans l'aide au sevrage tabagique : d'après eux, l'efficacité aurait probablement pu s'avérer statistiquement significative si ce travail n'avait pas manqué de puissance (nombre trop faible de patients inclus).

Plus récemment encore en 2013, Dickson-Spillman et *al.* ont réalisé une étude randomisée dans laquelle 223 patients fumeurs ont été divisés en deux groupes : « hypnose » et « relaxation » (185). Ces cohortes bénéficiaient chacune d'une unique séance de groupe (d'environ 11 patients) d'une durée de 40 minutes. La séance d'hypnothérapie intégrait des suggestions négatives à propos du tabac et positives en ce qui concerne l'abstinence alors que la séance de relaxation s'en tenait à des suggestions de confort et de détente. A l'issue de cette intervention, un enregistrement audio de la séance était fourni à chaque patient avec consigne de réécoute libre. Une évaluation de l'efficacité était réalisée à six mois. Celle-ci a montré :

- l'absence de différence significative entre les deux groupes sur le critère d'une abstinence dans les 30 jours précédant l'évaluation ;
- une diminution significative de l'intensité des symptômes de sevrage en nicotine dans le groupe « hypnose ».

Un essai randomisé contrôlé de 2014 a comparé les résultats obtenus par traitement nicotinique de substitution seul, en adjonction à l'hypnose et par hypnothérapie seule chez des patients fumeurs hospitalisés pour des pathologies cardiaques et/ou pulmonaires (186). L'intervention dans les groupes intégrant l'utilisation de l'hypnose consistait en la réalisation d'une unique séance individuelle d'environ 90 minutes qui comprenait des suggestions positives vis-à-vis de l'abstinence et négatives en ce concerne le tabagisme. Le protocole de l'étude comportait une prise en charge « motivationnelle » pour les trois groupes : entretiens téléphoniques de 15 minutes à 1, 2, 4, 8 et 12 semaines. Ce travail s'est fait sur 164 patients dont 42 ont été affectés à un groupe contrôle sans intervention (les patients de ce groupe ayant refusé une prise en charge addictologique). Il y avait donc 122 patients randomisés dans les trois groupes d'intervention. Les évaluations se sont faites après la sortie d'hospitalisation

à 12 et 24 semaines post-intervention. Les auteurs concluent à la supériorité de l'hypnose sur les substituts nicotiques transdermiques dans ce travail. Néanmoins, leurs analyses ne présentent qu'une tendance inférieure au seuil de significativité ($p > 0.05$) en ce qui concerne cette possible supériorité. De plus, cet essai présente d'importants biais tels que :

- le décès de patients après randomisation dans certains groupes qui génère un biais d'attribution important aux vues de la faible puissance de l'étude ;
- la comparaison des résultats avec un groupe contrôle n'incluant que des patients en refus de prise en charge addictologique.

Troubles liés à l'usage de l'alcool

L'INSERM estime que la prévalence actuelle de la dépendance et de la consommation abusive d'alcool en France est de 10% (187).

De manière assez surprenante, et malgré les a priori, ce sujet n'a fait l'objet que de très peu de travaux de recherche si l'on exclut les reports de cas cliniques. Nous n'avons ainsi retrouvé que trois études (dont l'une semble fortement discutable) consacrées spécifiquement à l'évaluation de l'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge des troubles liés à l'usage de l'alcool.

Le premier de ces essais date de 1966 (188). Ce travail a inclus 80 patients hospitalisés souffrant de dépendance à l'alcool. Ces derniers étaient randomisés en deux groupes :

- un groupe de prise en charge « standard » où les patients bénéficiaient d'un suivi psychothérapeutique individuel dont l'orientation n'est pas précisée, d'une participation aux séances de l'Association des Alcooliques Anonymes (AAA) et d'une prise en charge médicamenteuse ;
- un groupe « hypnose » dans lequel les patients bénéficiaient de la même prise en charge que le groupe « standard » ainsi que de six séances individuelles d'hypnothérapie. Ces séances avaient lieu de manière quotidienne sur six jours. Les suggestions utilisées étaient « directes » et visaient à induire un dégoût de l'alcool, un renforcement de l'adhésion aux séances de l'AAA et un renforcement positif vis-à-vis de l'observance des traitements médicamenteux.

Le suivi s'est effectué sur 12 mois. Les résultats n'ont pas retrouvé de différence significative entre les groupes. Les auteurs concluent : « *ces conclusions contrastent avec les allégations*

formulées en ce qui concerne l'efficacité de l'hypnose dans le traitement de l'alcoolisme [...] ces allégations semblent plus reposer sur des impressions cliniques que sur l'expérimentation contrôlée ».

En 1971, Beahrs et Hill publient un article dans lequel ils affirment avoir mené une étude à la suite de 15 sessions de thérapie de groupe après induction hypnotique sur des patients hospitalisés souffrant de dépendance à l'alcool (189). Chaque groupe bénéficiait de deux séances. Les auteurs estiment le taux d'abstinence à huit mois à 50 %, toutefois ils ne présentent aucun résultat statistique. Ce travail ne reposant pas sur une méthodologie scientifique expérimentale, il est impossible de conclure.

En 1973, Jacobson a repris le protocole d'intervention utilisé dans l'étude d'Edwards en 1966 afin d'en vérifier les résultats (190). Son étude randomisée contrôlée a inclus 74 patients présentant une dépendance à l'alcool. Les résultats montraient, ici aussi, une absence de différence statistiquement significative entre les deux groupes. Toutefois, les auteurs semblent émettre des conclusions plus nuancées en soulignant une meilleure observance du suivi à six mois dans le groupe hypnose. L'impossibilité à conclure formellement du fait des limites de ce projet est également rappelée dans cette étude.

Autres substances

Un essai clinique de 1984 porte sur 70 patients souffrant de dépendance aux opiacés sous substitution orale par méthadone (191). Ces patients ont été randomisés en deux groupes :

- un groupe « standard » dans lequel les patients bénéficiaient d'un suivi psychothérapeutique (dont le modèle n'est pas précisé) d'une demi-heure au minimum une fois toutes les deux semaines ;
- un groupe « hypnose » dans lequel les patients bénéficiaient de séances au cours desquelles les suggestions ciblaient la désensibilisation des prodromes précédant la prise de drogue. Le nombre, la durée et le rythme de ces séances ne sont pas précisés.

La durée de suivi était de six mois et l'évaluation reposait sur un contrôle toxicologique urinaire hebdomadaire et sur des entretiens réalisés à trois et six mois. Les critères de jugement principaux étaient : le nombre de patients ayant réussi à se sevrer en opiacés

(méthadone inclus), l'intensité des symptômes de sevrage mesurés, les posologies de méthadone utilisées pour les patients non sevrés et l'incidence des usages de substances illicites au cours du suivi. Cette étude retrouve de manière significative ($p < 0.05$) :

- une diminution de l'incidence des usages de substances illicites dans le groupe « hypnose » ;
- une amélioration de l'intensité des symptômes de sevrage dans le groupe « hypnose » ;
- un nombre de sevrage total plus important dans le groupe hypnose avec un taux spectaculaire de sevrage complet à six mois de 94 %.

Il nous faut préciser qu'à cette période, le sevrage en méthadone constituait un objectif thérapeutique pour les auteurs.

D'après nos recherches, ce travail est le seul à avoir présenté un essai clinique étudiant l'hypnose dans la prise en charge d'addiction aux opiacés. Malgré des limites méthodologiques importantes (en particulier un protocole d'intervention flou), cette étude semble constituer les données les plus fiables dont nous avons pu disposer.

Un essai randomisé contrôlé de 2004 a comparé les taux de rechute pour quatre groupes de patients souffrant d'addictions multiples parfois concomitantes (alcool, héroïne, cocaïne et cannabis) (192). L'ensemble des 261 participants bénéficiait d'une prise en charge intensive commune comprenant six heures par jour de thérapie de groupe et individuelle, au rythme de cinq jours par semaine et sur une durée de trois à quatre semaines (quatre semaines pour les patients poly-consommateurs). Les auteurs ont cherché à savoir si l'hypnose pouvait potentialiser les effets de cette prise en charge. Pour ce faire, ils ont constitué quatre groupes :

- les participants affectés au groupe « hypnose » recevaient quatre séances d'hypnothérapie de 50 minutes. A l'issue de ces séances, ils recevaient un enregistrement audio qu'ils avaient pour consigne de réécouter librement sur trois mois. Les auteurs ont testé quatre protocoles de suggestions (sur quatre sous-groupes) visant respectivement de manière assez spécifique la prévention de la rechute, le sentiment de sérénité, la réduction de la colère et la réduction de l'anxiété ;
- le groupe « approche cognitivo-comportementale transthéorique » dans lequel l'intervention était basée sur l'accompagnement du processus de changement tel que défini

par le modèle de Prochaska et DiClemente (193). Le protocole comprenait quatre séances de 50 minutes également ainsi que la réalisation d'un journal des consommations quotidiennes ;

- le groupe « gestion du stress » a été assimilé à un groupe placebo par les autres. Ici, quatre séances de relaxation de 50 minutes étaient réalisées à l'issue desquelles les patients recevaient un enregistrement audio avec consigne de réécoute libre ;
- le groupe « contrôle » n'incluait pas de prise en charge additionnelle.

Les auteurs précisent que les résultats du suivi à deux mois présentés ont été analysés malgré un taux de participants « perdus de vue » de 46 %. Ceux-ci ne retrouvent qu'une tendance non significative pour l'ensemble des groupes « hypnose » et « approche cognitivo-comportementale transthéorique » à la consolidation du maintien de l'abstinence. Les analyses factorielles ont identifié la « fréquence d'utilisation des enregistrements audio » et le « taux de rédaction du journal des consommations » comme variables intermédiaires principales. Ce point semble important puisque ce facteur ne relève que partiellement du modèle théorique employé ce qui contraste avec l'importance accordée aux spécificités de ces modèles.

Au total en addictologie, les données présentées suggèrent un niveau de preuve faible à intermédiaire en ce qui concerne l'efficacité de l'hypnose dans l'aide au sevrage tabagique. Le peu de données disponibles sur l'utilisation de l'hypnothérapie dans les autres addictions et les biais méthodologiques retrouvés permettent de conclure que le niveau de preuve actuelle est faible voire insuffisant.

1.3.2.4 Dans les troubles de l'humeur

Dépression unipolaire

Le DSM-V définit l'EDC par la présence depuis un minimum de deux semaines de deux symptômes principaux parmi lesquels :

- humeur dépressive ;
- perte d'intérêt, abattement ;
- perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité.

Ces symptômes doivent être associés à au moins deux autres symptômes parmi :

- concentration et attention réduite ;
- diminution de la confiance en soi et de l'estime de soi ;
- sentiment de culpabilité et d'inutilité ;
- perspectives négatives et pessimistes pour le futur ;
- idées et comportements suicidaires ;
- troubles du sommeil ;
- perte d'appétit.

L'ensemble de la symptomatologie doit marquer une rupture avec l'état antérieur et induire une détresse significative chez le patient (173).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2001 la prévalence de l'EDC était de 9.5% chez les femmes et 5.8% chez les hommes (194).

Dans le traitement de l'EDC, l'hypnothérapie a fait l'objet d'une étude en adjonction aux TCC en 2007 (195). Ce travail a inclus 84 participants présentant un EDC tel que défini par les critères du DSM-IV-TR. Tous ces patients étaient traités par antidépresseurs depuis au moins six mois ; les molécules ne sont pas spécifiées dans l'article. Les patients ont été randomisés en deux groupes : un groupe « TCC » standard appliquant le modèle de Beck et *al.* (196) et un groupe « hypnothérapie cognitive ». Dans ce second groupe les participants bénéficiaient de séances d'hypnose à l'issue de chaque entretien TCC (au cours desquelles le même protocole que le groupe « TCC » était appliqué). Ces séances utilisaient des suggestions visant le renforcement de l'égo et l'amélioration de l'humeur que le thérapeute pouvait construire de manière assez libre. Au total, chaque groupe a bénéficié de séances hebdomadaires sur 16 semaines. Pour leurs évaluations, les auteurs ont utilisé les échelles : *Beck Depression Inventory* (BDI), *Beck Anxiety Inventory* (BAI) et *Beck Hopelessness Scale* (BHS). Ces échelles étaient complétées à l'initiation, à 4, 8, 12 et 16 semaines puis à 6 et 12 mois. Les résultats montrent une amélioration significative sur les trois échelles au sein des deux groupes à 16 semaines qui se maintient à 6 et 12 mois. Sur les échelles BDI et BAI, une supériorité statistique significative du groupe « hypnothérapie cognitive » a été retrouvée à 16 semaines et persistante à 6 mois. A 12 mois, cette différence n'était significative que pour la BAI. En ce qui concerne l'échelle BHS, les auteurs relèvent une absence de différence significative à 16 semaines puis une amélioration significativement supérieure dans le groupe

« hypnothérapie cognitive » à 6 et 12 mois. Cette étude conclut à un bénéfice de l'intervention hypnothérapeutique en adjonction à la TCC dans le traitement de l'EDC.

En 2014, Erfanian et Kesharvasz ont retesté ce protocole interventionnel sur un ensemble de 30 patients (197). Toutefois, leurs évaluations étaient simplifiées et se basaient sur le BDI. Les résultats retrouvent une supériorité statistique dans le groupe « hypnothérapie » par rapport au groupe « TCC » et semblent confirmer les résultats de l'étude précédente. Néanmoins, ce travail présente des biais importants (en particulier l'absence de randomisation) qui obligent à la prudence quant aux conclusions qui ont pu en être tirées.

Une méta-analyse taïwanaise de 2009 a retenu six essais cliniques randomisés contrôlés évaluant l'efficacité de l'hypnose « seule » sur les symptômes dépressifs (les études s'intéressant à une utilisation en adjonction n'ont pas été incluses) (198). Ces travaux portaient sur des populations très diverses : patientes présentant une dépression du post-partum (199), patientes traitées pour un cancer du col de l'utérus (200), patients en cours de prise en charge palliative (201) ou volontaires (202–204). L'analyse des données s'est faite sur un total de 258 patients. Sur la base d'une *taille de l'effet* mesurée à 0.57, les auteurs concluent à une efficacité significative modérée de l'hypnose dans le traitement des symptômes dépressifs. Cependant, l'hétérogénéité des populations, des comorbidités et des interventions retrouvées dans les différents essais inclus tendent à modérer l'interprétation de ces résultats.

Troubles bipolaires

Malgré la présence de recommandations pratique et de *case reports* suggérant une efficacité de l'hypnothérapie dans le traitement de patients bipolaires (205), nous n'avons retrouvé aucun essai clinique traitant de l'efficacité de l'hypnose dans ce contexte au sein de la littérature.

Au total dans les troubles de l'humeur, les données de la littérature disponible semblent montrer une efficacité de l'hypnose dans le traitement de l'EDC dont le niveau de preuve est faible. L'absence d'essai clinique portant sur les troubles bipolaires ne nous permet pas de conclure quant à son utilité dans cette indication.

1.3.2.5 Dans les troubles des conduites alimentaires

Boulimie

La boulimie ou hyperphagie boulimique est une pathologie affectant majoritairement les femmes jeunes : la prévalence sur cette population serait de 1 à 3 % (206). Ce trouble se caractérise par la présence récurrente de crises de boulimie au cours desquelles le patient absorbe en un temps limité une quantité de nourriture largement supérieure à celle que la plupart des gens consommeraient dans les mêmes circonstances (173). Ces crises doivent s'accompagner d'un sentiment de perte de contrôle et avoir lieu au minimum une fois par semaine depuis trois mois pour qu'un diagnostic puisse être posé.

Plusieurs études ont montré que les patients souffrant de boulimie présentaient une hypnotisabilité supérieure à celle observée dans la population générale (207,208). Ce constat laisse supposer que l'hypnothérapie pourrait être un outil efficace dans le traitement de ce trouble. Toutefois ce fait est à confronter aux données de la littérature disponibles sur le sujet.

Dans une revue de la littérature de 1988, Vanderlinden et Vandereycken déploraient l'absence d'essai clinique standardisé dans cette indication (209).

En 1995, Griffiths publie une étude dans laquelle elle décrit l'utilisation d'un traitement « hypno-comportemental » de la boulimie (210). Le protocole interventionnel comprend deux phases de quatre semaines chacune. La première phase se déroule en trois séances et respecte un schéma purement comportemental. La seconde phase consiste à poursuivre les séances comportementalistes sur un rythme hebdomadaire en y intégrant 20 à 30 minutes d'hypnose lors de chaque séance (qui durent environ 60 minutes). Un essai non contrôlé incluant 14 patients a été réalisé à partir de cette méthodologie interventionnelle (211). Les résultats du suivi à deux ans ont montré que 57 % des patients n'avaient pas présenté de crises boulimiques et 71 % n'avaient pas eu d'épisodes de vomissements au cours des trois mois précédents l'évaluation du suivi à deux ans. Malgré les limites méthodologiques, les résultats observés vont dans le sens d'une efficacité de cette approche.

A la suite de ces travaux, Griffiths a réalisé un essai randomisé contrôlé comparant l'efficacité de l'approche « hypno-comportementale » à un protocole de TCC (faisant office de

gold-standard) (212,213). L'étude a inclus 78 patients parmi lesquels 27 ont été randomisés dans le groupe « thérapie hypno-comportementale », 23 dans le groupe « TCC » et 28 dans le groupe « liste d'attente » (faisant office de groupe contrôle). Les résultats post-immédiats montrent une efficacité comparable, sans différence significative, dans les groupes « thérapie hypno-comportementale » et « TCC » en comparaison au groupe contrôle. A neuf mois de suivi, le même constat a été effectué en dépit du fait que 30 patients aient été « perdus de vue ». Les auteurs concluent à la pertinence de leur modèle en tant qu'alternative possible aux TCC dans le traitement de la boulimie.

Barga et Barabasz auraient réalisé un essai clinique randomisé contrôlé dont l'ensemble des résultats n'a pas encore été publié (206). Ce travail a pour but de rechercher un effet adjonctif de l'hypnose aux TCC. A priori, les résultats préliminaires ne retrouvent pas de différence significative entre le traitement par TCC et le traitement par TCC + hypnose. Les conclusions à paraître nous semblent dans tous les cas difficilement généralisables dans la mesure où l'échantillon de population n'est que de 14 participants.

Bien qu'à notre connaissance l'hypnose n'ait fait l'objet d'aucune méta-analyse dans la boulimie, un travail de ce type a été publié dans le traitement de l'obésité (214). La méta-analyse précédemment citée de Kirsch suggérait une forte efficacité de l'hypnothérapie en adjonction aux TCC dans la perte de poids (148). Les auteurs ont ici voulu vérifier cette hypothèse au travers d'un travail spécifique utilisant les mêmes études que la précédente méta-analyse. Allison et Faith retrouvent des résultats différents de ceux de Kirsch et suggèrent d'ailleurs que ces résultats sont erronés en raison d'une mauvaise pondération de l'hétérogénéité et d'un manque de rigueur dans l'analyse statistique (*Taille de l'effet* $d > 1.96$ pour Kirsch, retrouvé à 0.28 par Allison et Faith ; $p < 0.05$ pour les deux). Ils notent cependant un bénéfice modéré de l'hypnose dans cette stratégie mais se permettent de rappeler que l'hypnose ne peut être envisagée comme « *une panacée* ».

Anorexie mentale

Les critères diagnostics actuels de l'anorexie mentale définis par le DSM-V (173) sont les suivants :

A. Restrictions énergétiques menant à un poids inférieur au poids normal pour le sexe, l'âge et la taille ;

B. Peur intense de prendre du poids ou de grossir ;

C. Altération de la perception du poids et du corps avec influence sur l'estime de soi et déni de la gravité de la maigreur actuelle.

Cet ouvrage reconnaît 2 sous-types d'anorexie mentale :

-restrictif pur ;

-avec crises de boulimie associées à des vomissements ou à la prise de purgatifs.

L'anorexie mentale affecte majoritairement les femmes (sex-ratio compris entre 1/10 et 1/3) jeunes (entre 15 et 19 ans) avec une prévalence vie entière estimée à 1.2%-2.2% en population féminine (215). Ces données épidémiologiques sont toutefois susceptibles d'être modifiées par la révision des critères diagnostics du DSM paru en 2013 : l'application des nouveaux critères DSM-V (173) pourrait augmenter la prévalence-vie entière jusqu'à 60% (de 2.2% à 3.6%) (216).

En 1984, M. Gross publie une étude avec les résultats suivants : sur 500 patients anorexiques recrutés sur une période de cinq ans, 62 ont été traités par hypnothérapie (les autres patients ayant refusé cette prise en charge) (217,218). Sur ces 62 patients, 50 (soit 80%) ont été traités efficacement (absence de rechute au-delà d'un an et demi). Il définit dans son approche six symptômes clés qui constituent ses cibles thérapeutiques : l'hyperactivité, l'altération de l'image corporelle, le défaut de la conscience intéroceptive, l'engrenage familial, les événements traumatiques réprimés et la résistance à la thérapie. M. Gross précise que, d'après lui, la cible principale est l'altération de l'image corporelle (219). Néanmoins, comme le souligne Barabasz (220), la méthodologie n'est pas précisée (à priori non randomisée, non contrôlée) et les résultats sont très incomplets : en particulier, aucune donnée socio-démographique sur l'échantillon analysé n'est présentée.

E.L. Baker et M.R. Nash présentent en 1987 un paradigme pour définir de manière plus précise leur modèle interventionnel dans le cadre de l'anorexie mentale (221).

1. La prise en charge par l'hypnose est introduite comme étant « un moyen de renforcer la maîtrise de soi pouvant permettre d'accroître le sentiment de sécurité interne ».

2. L'utilisation de techniques d'induction permissives et structurées est recommandée chez les patients anorexiques.

3. Les premières séances doivent tendre à renforcer le sentiment d'efficacité personnelle du patient, à majorer ses capacités d'autonomie, à soutenir l'alliance thérapeutique et à fournir une valorisation de l'ego menant à des attentes positives concrètes.

4. Une fois que le patient maîtrise l'utilisation de techniques d'autohypnose et lorsque l'alliance thérapeutique est suffisamment en place, les séances peuvent être orientées plus spécifiquement vers les difficultés directement liées à la pathologie.

5. Les distorsions de l'image corporelle peuvent être remédiées de manière plus directe en hypnothérapie.

6. Le travail de correction portant sur l'image corporelle est à associer à des considérations plus générales sur le sentiment d'acquisition d'une identité propre mature.

7. Le cadre de l'hypnose peut être utilisé pour explorer les relations entre les affects négatifs et les comportements alimentaires déviants.

8. Lorsque l'image corporelle et le sentiment d'intégration de l'identité sont corrigés, les capacités de maîtrise du patient sont renforcées.

Dans leur étude, les auteurs ont utilisé cette approche pour un groupe de 36 patientes (ayant entre 17 et 31 ans) avec un diagnostic d'anorexie mentale primaire, puis l'ont comparé à un autre groupe de 31 patientes n'ayant pas été prises en charge par hypnothérapie. L'assignation à l'un des deux groupes s'est faite en fonction du thérapeute initial et de sa formation. Les résultats montrent un taux de rémission de 76% à un an dans le premier groupe contre 56% dans le second. Malgré l'absence de randomisation et de groupe contrôle, ce travail présente la méthodologie la plus rigoureuse que nous ayons retrouvée dans l'étude de l'efficacité de l'hypnose dans l'AM.

Au total dans les troubles des conduites alimentaires, les données de la littérature scientifique portent majoritairement sur l'utilisation de l'hypnose dans le traitement de la boulimie. A l'heure actuelle, il semblerait que le niveau de preuve de son efficacité dans cette indication soit intermédiaire. Dans l'anorexie mentale, le niveau de preuve de l'efficacité de l'hypnose est faible car nous ne disposons pas d'un nombre suffisant d'études et celles-ci présentent le plus souvent d'importants biais dans leur construction méthodologique.

1.3.2.6 Dans la schizophrénie

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique grave caractérisée par la présence de symptômes positifs (qui correspondent à la symptomatologie délirante), de symptômes négatifs (se manifestant par un appauvrissement du fonctionnement social, émotionnel et cognitif) et de symptômes désorganisationnels (qui traduisent d'une altération des systèmes qui sous-tendent l'agencement des pensées, des émotions et des tâches exécutives) (173). Cette pathologie concernerait 0.7% de la population mondiale d'après l'INSERM (222).

La schizophrénie est souvent présentée comme une contre-indication à l'utilisation de l'hypnose puisque celle-ci serait susceptible d'exposer les patients à un épisode de décompensation aiguë (223). Cette suspicion pourrait expliquer que peu d'essais cliniques ont été consacrés à ce sujet, cependant une méta-analyse Cochrane de 2007 fait office de référence (224).

Ce projet n'a retenu que trois essais randomisés contrôlés dont les caractéristiques méthodologiques étaient suffisantes pour permettre leur traitement au sein de la méta-analyse : au total ces études rassemblent 149 patients schizophrènes non décompensés au moment de l'inclusion. Les auteurs précisent que ces travaux ne présentaient des résultats qu'à court terme (au maximum à deux mois). Néanmoins ils en tirent les conclusions suivantes :

- l'hypnothérapie présente un bon profil en termes d'acceptabilité et de sécurité thérapeutique dans ces études. Les épisodes de décompensation aiguë n'étant pas plus nombreux chez les patients bénéficiant de séances d'hypnose ;
- l'hypnothérapie n'a pas montré d'efficacité significative dans le traitement symptomatique de la schizophrénie ;
- en l'état des connaissances actuelles, l'hypnose peut être employée dans le traitement de la schizophrénie uniquement en adjonction au traitement dont l'efficacité est établie et en dehors d'épisode aigu (par principe de précaution) ;
- les données disponibles ne permettent pas de recommander la pratique de l'hypnose chez les patients schizophrènes.

Au total, cette revue de littérature présente des données peu nombreuses dont les résultats s'avèrent contrastés et, finalement, peu contributifs. L'hétérogénéité retrouvée entre les différents protocoles interventionnels et les biais méthodologiques fréquents dans les essais cliniques rend impossible toute conclusion générale qui infirmerait ou confirmerait une efficacité de l'hypnose en psychiatrie dans les différents troubles mentaux. Au mieux cette démarche permet de valider certains protocoles interventionnels se réclamant de l'hypnose dans une indication particulière: tel que « *abreactive ego state therapy* » dans l'ESPT (163–165). Par conséquent, il semblerait que cette description de la littérature traitant de l'efficacité de l'hypnose en psychiatrie soulève plus de questions qu'elle n'amène de réponses.

Notre interrogation principale est de savoir s'il est suffisant d'employer le terme « hypnose » pour que cela soit de l'hypnose et si la réciproque est vraie, à savoir : est-il suffisant que le terme « hypnose » ne soit pas employé pour que cela n'en soit pas ?

Pour tenter d'obtenir certains éléments de réponse, nous devons élargir notre champ d'investigation à des données plus transversales ; traitant de facteurs communs propres à la relation thérapeutique. Parmi ceux-ci, les croyances semblent jouer un rôle majeur. Indépendamment des phénomènes objectifs que nous avons pu décrire précédemment, l'hypnose ne peut être appréhendée sans en évoquer les croyances attachées. Leur étude pourrait nous apporter certains éclairages sur l'influence exercée par l'utilisation du terme « hypnose » dans une relation thérapeutique.

1.3.3 Croyances, attitudes et représentations sociales à l'égard de l'hypnose

L'une des spécificités de l'hypnose est probablement le fait que sa simple évocation amène fréquemment en premier lieu, et de manière spontanée, un positionnement généralement radical de l'interlocuteur sur le champ de ses croyances : « *j'y crois...* », « *je n'y crois pas...* ». Pour comprendre ce phénomène, il est nécessaire d'étudier le rapport singulier que chaque individu entretient avec l'hypnose : comme nous le verrons par la suite, il se

pourrait qu'une grande partie des représentations sociales constitue l'héritage historique des débats du XVIIIème et XIXème siècles.

Avant de traiter la question spécifique des croyances, attitudes et représentations sociales propres à l'hypnose, nous proposons de définir brièvement ces concepts.

1.3.3.1 Définitions

La première utilisation du terme « *attitudes* » en psychologie sociale est attribuée à Thomas et Znaniecki en 1918. Dans un travail descriptif sur le monde paysan en Pologne et aux Etats-Unis, ce mot désignait alors les tendances - ou dispositions à agir - propres à chaque individu au sein d'un groupe. Les auteurs en donnent la définition suivante : « [...] *mécanisme psychologique étudié principalement dans son déroulement par rapport au monde social et en conjonction avec des valeurs sociales* » (225).

A la fin des années 20 et au début des années 30, ce concept a connu un essor important dans la recherche en psychologie sociale grâce à la mise au point d'outils de mesure (recourant aux analyses statistiques factorielles pour identifier les variables modulant l'orientation des attitudes). Ainsi, les échelles types développées par Likert à partir de 1932 vont être massivement investies au travers des sondages d'opinions dans lesquels l'opinion représente l'expression verbale d'une attitude (226).

Suite à la seconde guerre mondiale, la vision de l'*attitude* comme variable majeure d'un comportement va pousser les chercheurs à présenter de nouveaux modèles théoriques. Ceux-ci s'interrogent particulièrement sur les mécanismes susceptibles de modifier les attitudes individuelles. Ces travaux ont mené vers le constat suivant : les attitudes seraient la résultante de facteurs individuels (traits de personnalité stables, expériences vécues du sujet...), de l'exposition à une situation donnée et d'un contexte social spécifique. En psychologie clinique, ces travaux vont contribuer à l'émergence de deux théories majeures (226):

- les théories de l'apprentissage dans lesquelles les attitudes sont définies par conditionnement ;
- les théories cognitivistes où les attitudes sont attribuées au phénomène de constance cognitive.

A l'heure actuelle, la définition de Thomas et Znaniecki n'a que peu évolué puisque l'on considère l'*attitude* comme une « prédisposition mentale individuelle à agir » - incluant une composante affective, comportementale et cognitive - que l'on caractérise par sa direction (favorable ou défavorable), son intensité et sa dimension (caractère unidimensionnel) (227).

Le *Petit Robert* propose de définir le mot *croyance* par : « *L'action, le fait de croire une chose vraie, vraisemblable ou possible* ».

En 1960, Katz précise la distinction entre les concepts d'*attitudes* et de *croyances* en psychologie (228). D'après lui, la *croyance* représente un concept plus large puisque « *toute attitude est sous-tendue par une ou plusieurs croyances alors qu'une croyance n'implique pas nécessairement d'attitude* ». Les *croyances* peuvent ici être envisagées comme « *l'armature [la composante] cognitive des attitudes* » qui englobe la somme des connaissances et opinions pour un individu donné.

La constitution et/ou la modification d'une *croyance* se fonde donc sur l'acquisition de connaissances. Dans notre travail, nous utiliserons la dichotomie établie par D. Michaux entre deux types de connaissances : les connaissances scientifiques et les connaissances sociales (15).

Les *représentations sociales* représentent une forme particulière de connaissances sociales. La plupart des chercheurs s'accordent sur la définition de « *forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* ». On désigne également cette forme de connaissance sous le nom de « *savoir naïf* » ou de « *savoir de sens commun* » (229). Les représentations sociales sont caractérisées par une organisation des contenus et une logique spécifique « *orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social* ».

Ainsi, les représentations sociales influencent les croyances qui conditionnent elles-mêmes les attitudes. Cela nous permet d'appréhender les implications de ce constat au sujet de l'hypnose.

1.3.3.2 Place des croyances dans l'hypnose

Comme nous l'avons vu précédemment, la question de la croyance devient centrale à partir du XVIIIème siècle puisqu'elle se place au centre des débats soulevés par les travaux des commissions royales sur Mesmer (1.1.2). Ce concept, présenté comme l'un des piliers des phénomènes observés, est alors utilisé par les deux camps : pour les commissaires, le fait que cette pratique repose sur la croyance démontre son caractère inopérant et illusoire tandis que pour les défenseurs de Mesmer (en particulier Eslon et Puységur), il résidait dans ce concept le principal levier du changement. Le célèbre aphorisme « *croyez et veillez, et voilà toute la science...* » que Puységur dispensait à ses élèves résume cette approche. Nous précisons que pour lui cette injonction n'avait rien de religieux puisqu'il postulait que - pour le thérapeute seul détenteur du magnétisme d'après lui - « croire et vouloir » étaient simplement les conditions nécessaires à la mise en action d'un agent physique appelé « fluide magnétique ». Dans sa vision matérialiste du magnétisme, Puységur s'est systématiquement opposé aux théories mystico-religieuses ainsi qu'aux théories « psychologisantes » qui proposaient d'expliquer ce phénomène par « un pouvoir de l'imagination du patient » (cf. 1.1.3).

Pour comprendre toute la portée historique de ce débat sur la croyance, il nous faut recontextualiser la césure entre science et magnétisme. La fin du XVIIIème siècle voit l'avènement d'un courant philosophique considérant que la connaissance ne peut être atteinte que par la science et que la connaissance scientifique suffit à expliquer la philosophie : le *scientisme*. Les bases de la méthodologie scientifique en quête d'objectivité sont alors posées : indépendance de la subjectivité de l'observateur vis-à-vis du phénomène observé, réductionnisme, linéarité de la logique (rapport de cause à effet), reproductibilité expérimentale, séparation des concepts corps / esprit... En s'intégrant à ce mouvement, la médecine devient alors une science dont l'objet d'étude est exclusivement le corps. Or le magnétisme de l'époque, en tant que pratique holistique, « floue » (dans le sens où elle suggère une « porosité influente » entre les individus) dont la phénoménologie est hautement subjective et peu - voire non - reproductible ne pouvait qu'être rejetée par l'approche scientifique (y voyant sans doute des relents de vieille magie contraire à ses principes et

susceptible d'entraver son développement). En attribuant simplement les effets observés à « des causes morales » relevant du champ de « l'esprit », les commissions royales ont exclu le magnétisme du champ scientifique. A cette période, la science ne disposait d'aucun cadre de pensée permettant d'appréhender « les causes morales » et les aspect relationnels sous-tendus (26).

En lui retirant toute crédibilité scientifique - et donc toute possibilité d'évolution dans un cadre « rigoureux » - on constate rétrospectivement que cette « mise à l'écart » a forgé une vision extrêmement durable (puisque irrévocable) de l'hypnose comme étant marginale, socialement dangereuse et dont les effets se résument au degré de croyance que chacun lui attribue.

En dépit de cela, d'autres auteurs de l'époque se sont également interrogés sur le rôle de la croyance. Parmi eux, François-Joseph Noizet (1792-1885). Il n'adhérait pas à la thèse du « fluide magnétique » et avait constaté que les phénomènes observés lors des séances dépendaient « en premier lieu des écoles auxquelles appartiennent les magnétiseurs » : cette observation l'a conduit à suspecter un effet des croyances du magnétiseur sur la conduction des séances indépendamment de l'hypothétique mise en œuvre d'un fluide (230).

La plupart des praticiens se sont ainsi questionnés sur l'impact de la croyance dans leur pratique, néanmoins cette notion n'était traitée que sous l'angle de celle du « thérapeute » (Mesmer, Puységur, Noizet...) ou de celle du patient (Abbé Faria, Liébault, Coué, Freud...). Il faut attendre plusieurs siècles et la relecture de l'hypnose par les mouvements constructivistes au milieu du XXème siècle pour que le concept de croyance soit envisagé dans un cadre relationnel. Ainsi l'approche relationnelle introduit une notion nouvelle : celle que « le phénomène est créé par le dispositif » (102). Le « dispositif » thérapeutique inclut de nos jours la notion d'*accordage relationnel*, qui intègre la prise en compte par le thérapeute de ses propres croyances et de celles du patient. Ici, les effets observés s'expliquent moins par les croyances individuelles de chaque protagoniste que par leur confrontation dans un cadre relationnel.

Dans un article de 2005 consacré aux représentations sociales de l'hypnose, le Pr Didier Michaux - psychologue et hypnothérapeute – revient sur les causes de l'antinomie marquée

entre connaissances scientifiques et sociales à propos de l'hypnose (15). D'après lui, les représentations sociales de l'hypnose - et par voie de conséquences les croyances - par un ancrage individuel extrêmement important viennent s'opposer à l'acquisition de nouvelles connaissances par un mécanisme simple : on ne voit spontanément que ce que l'on croit possible. En 1887, Charles Richet - prix Nobel de médecine en 1913 - relevait déjà : « *je sais trop bien (par ma propre expérience), combien il est difficile de croire à ce qu'on a vu quand ce qu'on a vu n'est pas en accord avec les idées générales, banales, qui forment le fond de nos connaissances. Il ne suffit pas en définitive, pour amener la conviction, qu'un fait soit logiquement et expérimentalement prouvé, il faut encore que nous en ayons pris, pour ainsi dire, l'habitude intellectuelle. S'il heurte notre routine, il est repoussé et dédaigné* » (231). En cela, selon Michaux, l'existence de représentations sociales très affirmées sur un phénomène ne peut que limiter le champ d'exploration dans lequel on appréhende ce phénomène.

En dehors de cette observation, il s'interroge également sur les raisons pour lesquelles l'hypnose est particulièrement sujette aux représentations sociales et croyances. Il formule ainsi l'hypothèse de trois raisons principales.

Nous venons d'évoquer la première de ces raisons, qui est d'ordre historique et qui renvoie à la pratique de Mesmer ainsi qu'à la scission alors opérée entre science et magnétisme. Comme nous l'avons préalablement souligné, l'argumentaire scientifique de l'époque a pérennisé une certaine représentation des pratiques issues du magnétisme : marginale, dérangeante voire dangereuse socialement et dont les effets ne peuvent être expliqués que comme la manifestation de croyances sous-jacentes. Chez le grand public, cette dernière caractéristique a trouvé une résonance particulière dans les pratiques mystiques de l'occultisme et de la sorcellerie auxquelles la morale religieuse accordait le plus grand crédit en les condamnant sévèrement. Durant plusieurs siècles et encore aujourd'hui, cette croyance « magique » a été grandement entretenue par l'hypnose de spectacle dont le fond de commerce réside précisément sur la fascination qu'exerce l'idée d'un « pouvoir d'influence inexplicable sur autrui » (15). En effet, il est intéressant d'observer à quel point ces références à une forme de magie autoritaire, aliénante et le plus souvent malveillante ont su traverser le temps : encore de nos jours, ces représentations sont relayées très précocement chez la jeunesse dans bon nombre de dessins animés et de bandes dessinés (Tintin, Black et Mortimer, Le Livre de la Jungle, Les Indestructibles...).

La seconde raison avancée par Michaux aurait trait à la « nature des relations interpersonnelles et de l'influence susceptible de se développer dans cette relation » (15). Cette notion doit être appréhendée dans un contexte socio-historique. L'ensemble des sociétés occidentales se sont développées sur la base d'un concept juridique fondateur issu du droit romain : « la personnalité juridique ». Cette notion abstraite peut se définir par l'aptitude d'une personne à posséder des droits et des devoirs d'un point de vue légal. Dans ce contexte, une personnalité juridique est considérée comme responsable de ses actes aux yeux de la société (232). L'application de cette conception a encouragé et valorisé une vision « autonome » des individus qui assurent eux-mêmes la propre responsabilité de leurs actes. Or, les représentations sociales de l'hypnose véhiculent plutôt l'image d'une forme d'aliénation dans laquelle un sujet vulnérable (puisqu'il ne serait plus en mesure d'agir de manière autonome) se voit soumis à l'influence déresponsabilisante d'un individu par l'intermédiaire de quelques passes. Un regard aussi univoque ne peut avoir que deux conséquences en pratique clinique pour les patients :

- une peur voire un effroi pour ceux qui craignent l'installation d'une forme de dépendance à la relation qui leur ôterait leur autonomie ;
- un espoir déraisonné de guérison passive, sans effort, presque « malgré eux » pour les patients qui cherchent à fuir leurs symptômes sans y être confrontés.

La troisième hypothèse de Michaux pour comprendre ici l'importance des représentations sociales rattachées serait que chaque individu possède une connaissance empirique de ce phénomène au travers de relations naturelles génératrices d'hypnose. Pour lui, les interactions précoces au cours desquelles se met en place l'*attachement* seraient la manifestation d'une relation naturelle impliquant des processus hypnotiques. Ainsi, cette connaissance empirique mémorisée de manière non consciente formerait le socle sur lequel s'érige les représentations ultérieures de l'hypnose. Pour Michaux, le fait que chacun de nous ait une connaissance empirique non consciente de l'hypnose explique la facilité de diffusion des représentations à travers tout public, indépendamment de l'âge et de facteurs sociaux. De plus, cela justifie pour lui la tendance naturelle de ces représentations à se situer plutôt sur le terrain de la croyance que de la connaissance scientifique.

Aux XXème et XXIème siècles, le développement des sciences humaines - et plus particulièrement de la psychologie sociale et de l'épistémologie - a permis de reconsidérer certaines notions dans une démarche scientifique grâce à la mise au point d'outils statistiques : la croyance est ainsi devenue un facteur mesurable.

A partir des travaux de Carl Rodgers (1902-1987) sur la relation d'aide, la notion d'*alliance thérapeutique* émerge peu à peu en psychiatrie. Son caractère intégratif basé sur des principes de communication fait écho à la pratique de l'hypnose développée par Erickson. Les rapports entre psychothérapies – hypnose incluse - et alliance thérapeutique deviennent un enjeu d'importance depuis quelques décennies.

En effet, la quête d'efficacité dans le domaine des psychothérapies a conduit peu à peu les chercheurs à étudier l'impact des croyances sur l'alliance thérapeutique. Les travaux de recherche sur les facteurs prédictifs de réponse favorable aux traitements par psychothérapie montrent que les méta-analyses se recoupent et identifient l'alliance thérapeutique comme facteur interne principal, loin devant les facteurs d'influence technique (147,233,234). Il existe différentes échelles d'auto-évaluation de cette notion : les plus utilisées étant le *Working Alliance Inventory (WAI)* et la *California Alliance Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS)*. Dans sa version « patient » - il existe une version « thérapeute » peu utilisée - cette dernière permet le calcul d'un score à partir de quatre sous-échelles dimensionnelles : niveau d'engagement du patient dans la thérapie, capacités de travail du patient, perception du patient quant à l'implication du thérapeute dans la thérapie et consensus de travail (235). Les croyances des patients et thérapeutes vis-à-vis de la thérapie s'avèrent susceptibles de moduler l'alliance thérapeutique sur chacune de ses dimensions. Par conséquent, elles constituent une variable influençant l'efficacité potentielle d'une prise en charge qui en font un enjeu sanitaire majeur (26).

En intégrant le modèle de l'alliance thérapeutique, l'hypnose doit repenser la place qu'occupent les croyances. En premier lieu un inventaire semble nécessaire puisque, pour reprendre F. Thioly : « *si l'on ne peut pas ne pas croire, même lorsqu'on croit ne rien croire, et puisque nos croyances sont susceptibles d'influencer la réalité, ne convient-il pas que nous cherchions le plus possible à être au clair avec nos propres croyances, informés de leur contenu et de leurs effets potentiels ?* » (26).

1.3.3.3 Attitudes des institutions sanitaires

La réassignation de certaines pratiques thérapeutiques dites « non conventionnelles » comme sujet d'investigation scientifique et le regain d'intérêt au sein du grand public a contraint les institutions sanitaires à se positionner sur ces usages. Ainsi, en 2002, l'OMS a lancé le premier plan stratégique concernant les médecines traditionnelles et parallèles. Ce rapport rejoint le point de vue de D. Michaux en notant que « *la médecine traditionnelle ou complémentaire est victime à la fois de l'enthousiasme sans esprit critique et du scepticisme mal informé* » (236). En France, le rapport de l'ANM paru en 2013 propose une des recommandations pour positionner ces pratiques dans l'arsenal thérapeutique. Ainsi, elle préconise aux usagers et professionnels de santé « *d'éviter l'usage de ces médecines en l'absence de diagnostic médical, de ne les accepter qu'avec une extrême prudence comme traitement de première intention et de ne pas y recourir lorsque la présentation clinique est inhabituelle ou persistante et en l'absence d'un avis médical* » (11). L'ANM va plus loin dans les doutes émis en précisant qu'à ses yeux :

- ces stratégies « *ne sont pas des « médecines » mais des pratiques empiriques de traitement pouvant rendre certains services en complément de la thérapeutique à base scientifique de la médecine proprement dite* » ;

- les thérapies complémentaires, « *sans la caution des instances académiques, [...] se sont progressivement installées dans l'offre de formation universitaire et l'offre de soin des hôpitaux du fait d'initiatives individuelles, sans concertation ni planification, et sous l'effet conjugué de la faveur du public et des réponses insatisfaisantes de la médecine conventionnelle face à nombre de troubles fonctionnels* ».

Néanmoins, ces conclusions très réservées traitent de l'ensemble « *hypnose, tai-chi, acupuncture et ostéopathie* » et ne tranchent pas spécifiquement pour l'hypnose pour laquelle elle précise que « *les modifications cliniques qu'elle provoque et les changements qu'elle entraîne dans l'imagerie cérébrale la distingue de l'effet placebo* » (11).

Comparativement à la France, les sociétés savantes anglo-saxonnes semblent porter un regard différent. Effectivement, la *British Medical Association* au Royaume-Uni considère l'hypnose en tant que thérapeutique médicale depuis 1955 tout comme l'*American Medical Association* depuis 1958. L'hypnothérapie est d'ailleurs l'une des seules médecines

complémentaires apparaissant dans certains *guidelines* du *National Institute of Health and Care* (NICE) britannique (237).

En 2015, l'INSERM offre dans son rapport un constat plus nuancé que l'ANM : « *nombre d'études ont permis d'objectiver des modifications du fonctionnement cérébral en lien avec la transe hypnotique, mais ne permettent pas encore d'en expliquer complètement le phénomène* ». Toujours d'après ce rapport : « *il existe néanmoins suffisamment d'éléments pour pouvoir affirmer que l'hypnose a un intérêt thérapeutique* » (12).

En 2000, l'HAS a intégré l'hypnose au sein de ses recommandations dans la prise en charge de la douleur aiguë de l'enfant de un mois à 15 ans (7). Et, depuis 2017 on la retrouve également citée dans les recommandations de prise en charge de l'accouchement normal (8).

L'attitude des autorités sanitaires et académiques à l'égard de l'hypnose paraît donc assez floue et manque de lisibilité, particulièrement en France. Toutefois, on note une tendance progressive dans laquelle ces institutions montrent une attitude intégrative plus favorable à l'hypnose ; y compris en France. Cette tendance est possiblement liée aux phénomènes suivants :

- la phase actuelle de « redécouverte scientifique » de l'hypnose. Le fait qu'elle constitue un domaine de recherche en pleine expansion (en partie grâce aux nouvelles méthodes d'investigation par neuro-imagerie) a redonné une consistance scientifique à ce phénomène dont les mécanismes sont mieux connus aujourd'hui ;
- la nature des découvertes scientifiques effectuées revoit à la baisse l'importance accordée jusque-là à la notion de croyance dans le processus hypnotique. En revanche, ces découvertes révèlent un peu plus l'antinomie représentations-connaissances qui existe au sujet de l'hypnose, permettant ainsi de modifier progressivement ces représentations ;
- la médiatisation des découvertes et des usages médicaux actuels de l'hypnose (comme en anesthésie) semble impacter les croyances du grand public et créer une demande de soin de plus en plus importante dont les autorités sanitaires sont obligées de tenir compte.

Si la croyance en soit ne semble pas jouer un rôle majeur dans le processus hypnotique à proprement parler, elle conditionne en amont l'attitude des patients et thérapeutes dans la manière d'aborder l'hypnose en termes d'offre de soins. L'évolution actuelle de l'hypnose

impose de mieux connaître l'attitude des patients et, plus largement, du grand public à son rencontre.

1.3.3.4 Croyances et attitudes actuelles du grand public

Ce sujet a récemment fait l'objet d'une revue systématique de la littérature parue en 2017. Ce travail a retenu 31 études, publiées entre 1996 et 2016, dans lesquelles il était question des opinions de non spécialistes sur l'hypnose médicale (16). Les auteurs avaient les objectifs suivants :

- définir ce que la population comprend du concept « d'hypnotisabilité » ;
- définir les connaissances du public en ce qui concerne « l'état hypnotique » et les « phénomènes associés » ;
- connaître « les préjugés et les préférences du public » concernant la pratique de l'hypnothérapie ;
- savoir si le public est favorable à l'hypnothérapie.

Ce projet a exclu :

- les articles traitant des usages non-thérapeutiques de l'hypnose : tels que l'hypnose de spectacle ou l'hypnose pratiquée dans le cadre de procédures médico-légales ;
- les articles dans lesquels une majorité de participants avaient expérimenté l'hypnose auparavant ;
- les articles portant sur l'opinion des praticiens initiés à la pratique de l'hypnose.

Parmi les 31 études retenues, 30 présentaient des données quantitatives recourant à l'utilisation d'échelles standardisées validées. Ainsi trois échelles différentes ont été retrouvées : l'*Opinions About Hypnosis* (OAH), l'*Attitudes Towards Hypnosis* (ATH) et la *Valencia Scale of Attitudes and Beliefs Towards Hypnosis – Client Version* (VSABTH-C).

L'analyse des questions relatives au concept d'hypnotisabilité révèle que la majorité du public rejette certains préconçus, parmi lesquels :

- il serait possible d'hypnotiser quelqu'un contre sa volonté. Dans l'esprit de la population générale, la collaboration est perçue comme nécessaire (tout au moins le fait de « ne pas résister ») ;

- une forte hypnotisabilité serait associée à une « instabilité émotionnelle ». Cependant, les études présentées montrent une tendance à juger comme « faibles » - voire « moins intelligentes » - les personnes fortement hypnotisables.

Il ressort également que la plupart des gens pensent pouvoir se faire hypnotiser. Néanmoins, lorsque leur degré d'hypnotisabilité supposé leur est demandé la réponse la plus courante est « incertaine ». Ainsi la croyance la plus fréquente est que l'hypnotisabilité est « variable » d'un individu à l'autre (16).

D'après les travaux étudiant les croyances à propos de la nature de l'état hypnotique dans la population générale, la croyance majoritaire tend à l'assimiler à un « état modifié/altéré de conscience ». Le grand public n'associe l'hypnose que faiblement à un « état de sommeil », contrairement à ce que l'on aurait pu penser (16).

Deux caractéristiques principales de cette modification de conscience ont été retrouvées : le « rétrécissement » et l'idée qu'un état de « double conscience » apparaît sous hypnose. Toutefois, la définition de ces notions n'est pas précisée dans les questionnaires et semble relativement floue : par conséquent il est difficile d'en évaluer la signification exacte pour les sujets qui adhèrent à ces croyances (16).

La littérature retrouve une tendance dans l'opinion publique à attribuer la notion de « contrôle » au thérapeute : les réponses du sujet sous hypnose seraient « automatiques » et « effectuées de manière irrésistible ». L'exploration de l'idée qu'il est « impossible de mentir sous hypnose » retrouve des résultats mitigés assez hétérogènes ne permettant pas aux auteurs de conclure à son sujet (16).

Quand il s'agit d'évaluer les bénéfices potentiels de l'hypnothérapie, le grand public pense avant tout au traitement de certains « troubles psychologiques » dont « l'anxiété » en premier lieu. Les données disponibles montrent une croyance assez faible dans l'efficacité de l'hypnose pour traiter les « pathologies physiques ». En revanche son usage en « support des traitements médicaux » est largement jugé comme étant potentiellement efficace. La prise en charge de la douleur semble être identifiée comme une indication dans laquelle l'hypnose est efficace. Cependant, la population tendrait à y recourir pour des douleurs de faible intensité (16).

Pour la plupart des gens, l'hypnose « améliorerait » certaines capacités, essentiellement la mémoire (dans le sens d'une hypermnésie comme dans celui d'une capacité accrue à oublier

certaines choses). L'implication de ce postulat fournit un terreau fertile aux croyances ésotériques : ainsi les études retrouvent fréquemment l'idée que l'hypnose permettrait d'accéder à ses « vies antérieures » (16).

Les préférences de la population générale en ce qui concerne les praticiens suggèrent massivement qu'elle est encline à recourir à des praticiens qualifiés ayant déjà une formation de base médicale ou psychologique et exerçant au sein d'établissements médico-psychologiques. De même, le degré ou la qualité de la formation du praticien sont perçus comme un facteur prédictif de l'efficacité d'un traitement par hypnose. Nous ne disposons pas de données sur d'éventuelles préférences vis-à-vis des pratiques et des caractéristiques individuelles du thérapeute (16).

Krouwel et *al.* ont effectué une analyse statistique comparative des résultats obtenus à l'OAH en fonction de la nationalité des participants. Les pays représentés étaient : les Etats-Unis, la Chine, l'Iran, l'Allemagne et l'Australie. Sur les 35 items que contient cette échelle, seulement quatre ont montré une différence statistique significative en fonction de la nationalité. Ce travail suggère une homogénéité correcte des résultats à cette échelle indépendamment de facteurs culturels (16).

Une seule des études incluse dans cette revue a retrouvé une différence d'attitude significative à l'égard de l'hypnose en fonction de l'âge (238) : le groupe « étudiants » s'y est montré largement plus favorable que le groupe « retraités ».

Les études ne semblent pas montrer de différence significative relative au sexe dans les croyances et attitudes de la population à l'égard de l'hypnose.

Les auteurs n'ont retrouvé que peu de données permettant de comparer l'opinion de patients à un public témoin. Ils suggèrent seulement une possible tendance à moins bien envisager les usages médicaux de l'hypnose chez les patients bénéficiant de prise en charge psychiatrique ambulatoire (16).

A propos de l'acceptabilité de l'hypnothérapie, les études montrent une attitude globale positive et une bonne acceptabilité de l'hypnose dans la population générale. En fonction des articles, il y aurait tout de même une minorité de la population - allant de un à 31% - qui rejette l'hypnothérapie.

Cette revue de la littérature contredit partiellement l'idée selon laquelle le grand public aurait une opinion négative de l'hypnose influencée par la surreprésentation de l'hypnose de spectacle dans les médias. Ce travail retrouve une vision majoritairement nuancée de l'hypnose chez la plupart des gens qui traduit une importante évolution des anciennes croyances.

Comme nous venons de le voir, il existe actuellement un certain nombre de données en ce qui concerne les croyances et attitudes dans la population générale nous permettant d'avoir une meilleure connaissance de la perception de l'hypnose. Toutefois, ces connaissances nécessitent d'être confrontées à celles traitant des croyances et attitudes des professionnels de santé pour offrir une pertinence.

1.3.3.5 Croyances et attitudes actuelles des soignants

Une étude chinoise de 2004 a été réalisée sur ce sujet (239). L'objectif y était de définir les croyances et attitudes de professionnels de santé à l'égard de l'hypnose afin de confronter ces résultats à ceux obtenus dans un échantillon de population générale lors d'un précédent travail mené sur 457 étudiants (240).

Les 75 professionnels inclus étaient : infirmiers en psychiatrie (n=37), assistants/travailleurs sociaux (n=18), psychologues (n=2), médecins généralistes (n=9), psychiatre (n=1), pharmaciens (n=3), aide-soignant (n=1), chercheurs en psychiatrie (n=2) et ergothérapeutes (n=2). La majorité d'entre eux (72 %) travaillait dans un service hospitalier de psychiatrie et aucun n'avait reçu de formation en hypnose.

Les auteurs ont utilisé ici un questionnaire type Likert de 41 items, non validé, reprenant 30 items de l'échelle OAH.

Les résultats de cette étude ont montré que les professionnels de santé et la population générale (ici des étudiants) partageaient exactement les mêmes profils de croyances sur l'hypnose (même si le degré d'adhésion/rejet était systématiquement plus important chez les étudiants). Les croyances les plus marquées dans les deux groupes étaient :

- l'hypnose correspond à un état modifié de conscience ;
- la réponse aux suggestions se fait sans effort et de manière involontaire ;

- elle facilite la récupération mnésique ;
- la personne sous hypnose peut être contrainte à dire la vérité ;
- il est possible d'effectuer des actes sous hypnose que l'on n'aurait pas réalisés normalement ;
- l'hypnose est utile dans la gestion de problèmes psychologiques.

Néanmoins, le degré d'adhésion des professionnels de santé était moindre quant à l'idée d'un « pouvoir caché que l'on exploiterait uniquement par l'hypnose » et la possibilité d'effectuer une « régression en âge sous hypnose ». En revanche, ils pensaient plus fortement que :

- tout le monde peut expérimenter l'hypnose à un degré similaire dans les bonnes circonstances ;
- une suggestion opérée sous hypnose ne fonctionne pour le patient que quand celui-ci souhaite qu'elle fonctionne ;
- les suggestions sous hypnose peuvent permettre de modifier certaines fonctions biologiques (tension artérielle, fréquence cardiaque...) dont le contrôle ordinaire n'est pas volontaire.

Dans leur conclusion, les auteurs insistent sur le nombre important de croyances erronées vis-à-vis de l'hypnose que partagent les professionnels de santé et la population d'Hong Kong. Ils interprètent ceci comme résultant de l'absence de formation théorique et pratique à l'hypnose.

Afin de faciliter les recherches sur les croyances et attitudes des thérapeutes à l'égard de l'hypnose pour en améliorer la formation, A. Capafons et *al.* ont développé une échelle psychométrique : la *Valencia Scale on Attitudes and Beliefs About Hypnosis -Therapist Version* (VSABH-T). Cette échelle de 37 items a fait l'objet d'une étude exploratoire avec analyse factorielle en 2006 (17). A partir des résultats obtenus sur 775 psychologues espagnols (et retestés sur 426 d'entre eux), ils ont identifié huit dimensions sur cette échelle : peur, mémoire, aide, contrôle, collaboration, intérêt, magique et marginale. Parmi ces facteurs, « aide », « collaboration », « contrôle » et « intérêt » correspondent aux croyances exactes associées à une attitudes favorable vis-à-vis de l'hypnose alors que « peur », « mémoire », « magique » et « marginale » mesurent des croyances erronées associées à une attitude défavorable.

Ce travail a donné lieu à une analyse confirmatoire en 2008 incluant 1661 psychologues espagnols lors du test initial et 787 au second (18). Les résultats ont confirmé la structure à huit dimensions et la VSABH-T a démontré les propriétés psychométriques nécessaires à sa validation.

La VSABH-T a été utilisée par Mendoza et *al.* en 2009 dans une étude où 2434 psychologues espagnols ont complété cette échelle (241). Contrairement à l'étude chinoise de Yu et *al.* (239), il en ressort que les croyances des participants étaient globalement correctes (les croyances prédominantes relevant des dimensions « aide », « collaboration », « contrôle » et « intérêt ») et leurs attitudes majoritairement favorables.

Les dimensions auxquelles les psychologues adhéraient étaient les suivantes (les moyennes présentées correspondent à la moyenne des scores moyens obtenus aux différents items que comprend la dimension sur un total de six ; une moyenne supérieure à 3.50 est ici considérée comme le reflet d'une adhésion aux croyances rattachées à la dimension) :

- « aide » (moyenne = 4.14) ;
- « contrôle » (moyenne = 3.90) ;
- « collaboration » (moyenne = 4.94) ;
- « intérêt » (moyenne = 3.82).

Les dimensions de croyances globalement rejetées par les participants étaient :

- « magique » (moyenne = 1.65) ;
- « peur » (moyenne = 2.17) ;
- « marginale » (moyenne = 2.22) ;
- « mémoire » (moyenne = 2.83).

Les auteurs sont partis de ce travail pour réaliser une seconde étude évaluant l'impact de l'information dans la modification des croyances et attitudes liées à l'hypnose (242). Pour ce faire, ils ont comparé ces résultats à ceux obtenus un mois plus tard sur 1207 des 2434 participants initiaux. Une brochure d'information scientifique traitant de l'hypnose a été envoyée entre les deux évaluations. Le retest incluait un item supplémentaire demandant aux participants s'ils avaient pris connaissance d'informations sur l'hypnose entre la première et la seconde passation de l'échelle.

Afin d'être plus sensibles, Mendoza et *al.* ont seulement analysé pour chaque dimension les résultats des patients ayant obtenus des scores extrêmes (importants ou faibles). Leur méthodologie a été de comparer statistiquement 4 groupes de participants définis en fonction de l'évolution des scores moyens sur chacune des dimensions de la VSABH-T : « participants ayant obtenus un score moyen plus important au second test sur la dimension », « participants ayant obtenus un score moyen moindre au second test sur la dimension », « participants ayant obtenus un score moyen initial important retrouvé stable au second test » et « participants ayant obtenus un score moyen initial faible retrouvé stable au second test ».

Les résultats de l'analyse de covariance présentée dans l'article sont les suivants :

- la prise d'information a modifié la dimension « peur » puisque les participants ayant lu la brochure tendaient plus à croire que « l'hypnose est une technique sûre » ;
- les croyances associées à la « mémoire » ont été elles aussi impactées par l'information. Chez les participants ayant lu la brochure, on observe une importante diminution des croyances « ce dont on se souvient sous hypnose est toujours la vérité », « on peut confirmer qu'un évènement s'est produit si la personne s'en rappelle sous hypnose » et « il est impossible de mentir sous hypnose, même si on le souhaite » ;
- la dimension « contrôle » est elle aussi affectée puisque l'information pousse les gens à penser que le patient garde le contrôle de lui-même sous hypnose et que c'est lui qui est responsable des réponses aux suggestions ;
- les dimensions « aide », « intérêt », « collaboration » se sont vues modérément renforcées chez les participants ayant lu la brochure ;
- les dimensions « magique » et « marginal » tendaient à être rejetées par les psychologues lors des deux évaluations.

Ce travail présente certains biais dont nous relevons comme principaux :

- le biais de sélection engendré par un taux de réponse de seulement 5.5% associé au fait que les participants ayant répondu soient plus intéressés par l'hypnose que les non-répondants (par conséquent, il existe un risque de non-représentativité de l'échantillon) ;
- les auteurs ne peuvent écarter un possible biais de confusion qui aurait modifié les croyances des psychologues indépendamment de la brochure qui leur a été transmise.

Cependant, ce travail étaye l'idée que la mise à disposition des connaissances scientifiques sur l'hypnose permet de corriger certaines croyances erronées et oriente les thérapeutes vers une attitude plus favorable à son égard.

En 2010, une étude comparable a été menée à Cuba pour quantifier l'impact d'une conférence de deux heures traitant de l'hypnose médicale sur les croyances et attitudes de médecins et internes en médecine (243). Ces participants étaient au nombre de 97 et ils ont été assignés en fonction de leur volonté au sein de deux groupes : le « groupe un » (n = 46) assistait à une conférence de deux heures d'initiation sur les connaissances empiriques de base au sujet de l'hypnose tandis que le « groupe deux » (n=51) était assimilé à un groupe contrôle et assistait à un cours d'urologie. Une évaluation sur l'échelle VSABH-T était effectuée avant puis après ce cours.

Les résultats de cette étude s'avèrent plus difficile à interpréter et doivent prendre en considération le biais d'attribution avant d'en tirer toute conclusion : le « groupe un » (constitué uniquement de volontaires) présentait initialement plus de « croyances erronées » en ce qui concerne la dimension « mémoire » traduisant essentiellement une surestimation des bénéfices potentiels attendus d'après les auteurs (Martin qualifie les participants de ce groupe « d'enthousiastes »). L'analyse comparative des résultats initiaux obtenus à la VSABH-T retrouvent une différence significative sur l'ensemble des dimensions exceptée sur la dimension « marginale » (où les deux groupes étaient comparables). Dans cette étude, les auteurs ont constaté que l'information donnée avait permis de diminuer significativement l'adhésion aux croyances erronées (surtout celles concernant la dimension « mémoire »). Celles-ci diminuaient sensiblement après information. Néanmoins ce travail retrouve une adhésion persistante à certaines fausses-croyances telles que celles rattachées à la dimension « peur ». Les auteurs expliquent partiellement ce phénomène par la présence de représentations sociales de l'hypnose particulièrement ancrées à Cuba.

Une autre étude indienne de 2011 avait pour objectif d'explorer les croyances de professionnels de santé travaillant en psychiatrie, psychologie et comme infirmiers dans le champ de la douleur (244).

Ce travail n'a inclus que 21 participants qui ont répondu à un questionnaire créé par l'un des auteurs et non validé. Celui-ci comprenait 31 items auxquels il était possible de répondre « vrai », « faux » ou « je ne sais pas ».

Les résultats ont mis en évidence certaines croyances erronées. Ils retrouvaient, entre autres, que :

- 62 % des soignants assimilaient l'hypnose à un état de sommeil, pensaient qu'elle pouvait induire une dépendance vis-à-vis du thérapeute, ou encore, que les femmes étaient moins hypnotisables que les hommes ;
- 52 % pensaient que la personne hypnotisée est complètement « soumise au pouvoir du thérapeute » ou qu'il est possible de dire ou faire des choses contre sa volonté en état hypnotique.

Malgré une méthodologie opaque et des résultats contestables, les auteurs suggèrent tout de même « *une attitude défavorable engendrée par des croyances relevant plus du mythe que de la réalité* ».

En Suisse, nous avons retenu un travail réalisé dans le cadre de l'obtention d'un mémoire de physiothérapie (équivalent de la kinésithérapie en France) qui s'intéressait à l'étude des représentations sociales de l'hypnose (245). Ici, A. Grosjean et F. Descloux ont effectué une étude qualitative à partir de cinq études retrouvées dans la littérature (239–241,244,246). Parmi ces articles, deux portaient sur un public d'étudiants non formés et trois sur des professionnels de santé.

A partir de l'analyse thématique de 135 items retrouvés dans les différents questionnaires, il ressort 20 thèmes descriptifs qui ont été regroupés au sein de six thèmes analytiques relatifs aux représentations de l'hypnose : contrôlée, menaçante, fantastique, légitime en médecine, révélatrice, hypnotisabilité critérielle. La synthèse de leur travail est présentée sous la forme d'une carte heuristique (Figure 22).

Carte heuristique résumant les représentations face à l'hypnose

(D'après *Les représentations sociales de l'hypnose : une réflexion sur son acceptation dans les soins*, A. Grosjean et F. Decloux, 2012)

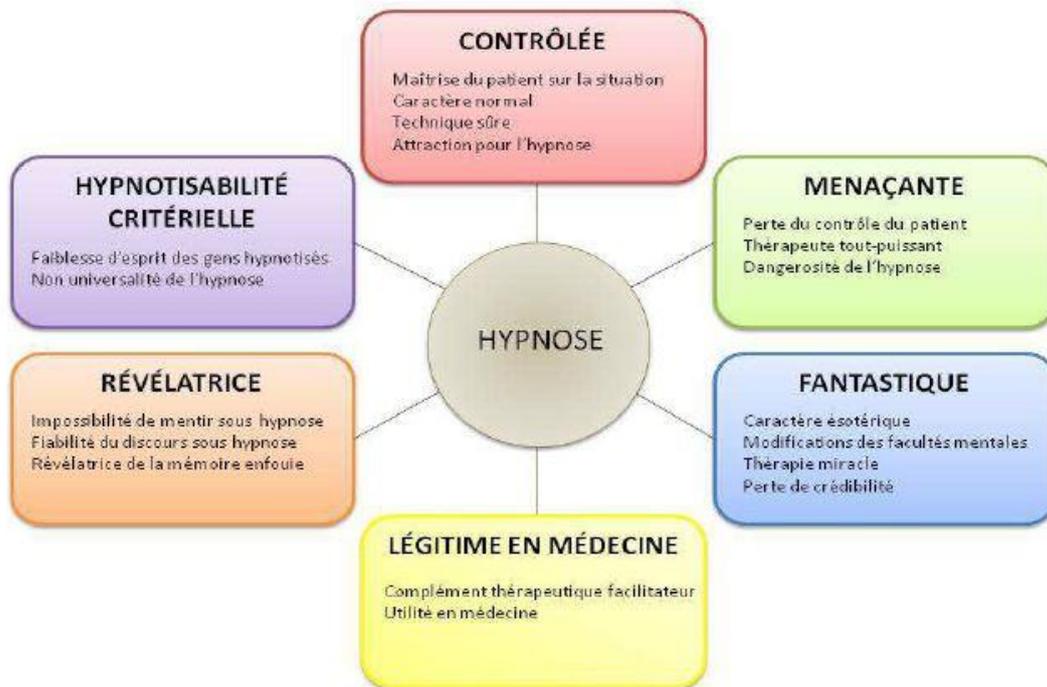


Figure 22

A notre connaissance, la dernière étude au sujet des croyances et attitudes des soignants face à l'hypnose date de 2015 (247). Il s'agit d'une étude australienne dans laquelle les auteurs avaient pour objectif d'explorer les croyances et attitudes des psychologues, kinésithérapeutes et psychothérapeutes vis-à-vis de l'hypnose en Australie du sud et de les comparer entre ces trois professions.

Les auteurs ont ici utilisé la VSABH-T dans la seconde partie de leur questionnaire (la première partie étant consacrée au recueil de données socio-démographiques et socio-professionnelles). Ce questionnaire en ligne a été adressé à l'ensemble des professionnels de la région répertoriés dans l'annuaire via leur adresse email.

Ce travail a obtenu 127 réponses au total. Parmi elles, 58.7 % des participants avaient déjà expérimenté l'hypnose. Le niveau moyen de formation à l'hypnose était plus élevé chez

les psychologues que les chez les psychothérapeutes qui avaient eux-mêmes un niveau plus élevé que les kinésithérapeutes.

Ce travail a identifié des différences statistiquement significatives entre les résultats moyens obtenus chez ces trois professions même si, dans l'ensemble, toutes semblent manifester une attitude favorable envers l'hypnose. Néanmoins, en appliquant un traitement statistique par régression logistique multivariée, les auteurs ne retrouvent qu'un seul facteur prédictif significatif ($p < 0.05$): le niveau de connaissance mesuré par auto-évaluation. La profession, le sexe, l'âge et le nombre d'années d'expérience n'étaient pas ici des facteurs prédictifs des croyances et attitudes à l'égard de l'hypnose.

Ces résultats intéressants sont nuancés par les auteurs dans leur conclusion du fait d'un taux de réponse assez faible, de la petite taille de l'échantillon et d'un probable biais de sélection (les professionnels les plus intéressés par le sujet étant les plus répondants).

Au total, s'il existe un certain nombre de données concernant les croyances et attitudes des patients permettant de mieux les connaître aujourd'hui, les données concernant les soignants sont relativement rares. Cependant, la recherche manifeste une tendance récente à s'y intéresser au vu de l'apparition de quelques études sur le sujet. Ce développement semble facilité par l'utilisation de la seule échelle psychométrique validée chez le thérapeute : la VSABH-T. Les implications de ces recherches sont multiples puisqu'au-delà de la simple exploration, elles peuvent permettre d'optimiser la formation, d'adapter l'offre de soins et d'interroger les conséquences d'une absence de cadre légal à la pratique de l'hypnose.

A notre connaissance, la France n'a fait l'objet d'aucun travail de ce type malgré un développement croissant de l'hypnose médicale. La place de l'hypnothérapie en psychiatrie et en addictologie n'est toujours pas clairement définie et peut sembler polémique vu son niveau de preuve actuel.

Nous avons donc décidé de réaliser une étude dont l'objet est les croyances et attitudes des psychiatres et addictologues français à l'égard de l'hypnose.

**Deuxième partie : étude sur les croyances et
attitudes des psychiatres et addictologues
français à l'égard de l'hypnose**

2 Etude sur les croyances et attitudes des psychiatres et addictologues français à l'égard de l'hypnose

2.1 Introduction

Comme nous l'avons vu précédemment, on retrouve des traces historiques permettant de penser que l'hypnose a été utilisée à visée thérapeutique depuis plusieurs millénaires sous des formes très variées (21). Cependant, le XVIII^{ème} siècle marque un tournant de son histoire puisque l'avènement du courant scientifique en France va conduire à l'exclusion du magnétisme animal de Mesmer du domaine des sciences médicales : les commissaires royaux mandatés pour trancher sur cette pratique réduisent les phénomènes observés à une question de croyances et au « pouvoir de l'imagination » ; ils considèrent également cette pratique comme inefficace voire potentiellement dangereuse sur le plan social (24). Cette aura sulfureuse de mystère va être savamment entretenue au fil des siècles par l'hypnose de spectacle qui en fait son fond de commerce et conserver ainsi la fascination du grand public. Indépendamment de ce fait, la pratique de l'hypnose médicale se poursuit et connaît des développements sans que la question des mécanismes sous-jacents et de la nature de ce phénomène ne trouvent de consensus avant le XX^{ème} siècle.

En effet, à partir de cette période, les progrès effectués en neurophysiologie, en particulier grâce à l'invention de l'EEG et des techniques de neuro-imagerie fonctionnelle, ont rendu possible une « relecture » scientifique de l'hypnose. Si la nature du phénomène résiste encore aux investigations des neurosciences, celles-ci ont néanmoins permis d'objectiver des modifications complexes de l'activité cérébrale induite par l'hypnose. Ce regain d'intérêt scientifique a conduit à certaines découvertes nous autorisant quelques affirmations au sujet de l'hypnose : 1) ce n'est pas un état de sommeil mais un état de veille dans lequel la vigilance du sujet est réduite, 2) son action se différencie de celle de l'effet placebo et de la simple imagerie mentale 3) le processus attentionnel est impliqué et 4) les mécanismes habituels impliqués dans la conscience ordinaire sont modifiés (Cf. 1.2 et 1.3.1.4). Ces recherches permettent donc, tout au plus, de dire ce que l'hypnose n'est pas : il en découle que la seule

définition scientifiquement admise est celle, très peu précise, « d'état modifié de conscience ».

L'utilisation croissante de l'hypnose en anesthésie et dans la prise en charge de la douleur semble montrer de bons résultats. Cette « redécouverte » doit beaucoup aux travaux réalisés par les Dr Faymonville et De Rainville (Cf. 1.1.10).

En dépit de toutes ces avancées dans le champ de l'hypnose, la question des croyances - dont l'importance semble avoir été majorée au cours de son histoire - reste une question d'actualité. Des données récentes montrent une attitude favorable du grand public vis-à-vis de l'hypnose malgré la persistance de croyances erronées. Il n'existe que peu de données sur les croyances des praticiens mais celles-ci suggèrent, comme chez le grand public, une attitude favorable malgré la persistance de certaines croyances erronées (Cf. 0).

La réintégration de l'hypnose au sein de l'offre médicale de soins justifie une meilleure compréhension des mécanismes influençant l'accès à son utilisation. Si l'hypnose semble avoir trouvé un positionnement stratégique pertinent en anesthésie et en algologie, la psychiatrie et l'addictologie sont des disciplines dans lesquelles elle n'a pas encore trouvé de place définie. Pourtant, le regain d'intérêt observé dans ces spécialités et le dynamisme actuel de la recherche posent la question du recours encore peu fréquent à cette pratique et interrogent le « flou » stratégique dans lequel l'hypnose tend à se trouver. Dans ces domaines en quête constante d'alternatives thérapeutiques susceptibles d'améliorer l'efficacité des prises en charge, l'hypnothérapie pourrait constituer un apport important pour les patients.

2.2 Objectifs

En seulement quelques décennies, l'hypnose a connu d'importants développements scientifiques qui ont conduit à son intégration récente dans les cursus universitaires médicaux en France. Nous pouvons donc émettre les hypothèses suivantes :

- à l'heure actuelle les médecins psychiatres et addictologues ne présentent que peu de croyances erronées et ont une attitude plutôt favorable à l'hypnose ;
- les médecins effectuant actuellement leur cursus universitaire en psychiatrie et/ou en addictologie sont mieux informés à son sujet que ceux ayant déjà fini leur formation. Les

croyances et attitudes des thérapeutes étant influencées par le niveau d'information, nous postulons que, dans ces spécialités, les internes présentent moins de croyances erronées et ont une attitude plus favorable à l'hypnose que les psychiatres et addictologues déjà titulaires d'un doctorat ;

- certaines variables socio-démographiques et socio-professionnelles sont susceptibles de modifier ces croyances. Parmi celles-ci : l'âge, le sexe, la spécialisation (psychiatrie adulte versus pédopsychiatrie versus addictologie), le type d'activité (publique versus privée versus mixte), la modalité principale de prise en charge des patients (ambulatoire versus hospitalier versus mixte), le type de pathologie majoritairement pris en charge, le modèle psychothérapeutique préférentiel, le fait d'avoir déjà eu une quelconque expérience vis-à-vis de l'hypnose.

L'objectif principal de notre étude est d'explorer les croyances et attitudes actuelles des psychiatres et addictologues français à l'égard de l'hypnose grâce à un outil standardisé. Les objectifs secondaires sont de rechercher certains facteurs d'influence, parmi lesquels :

- le grade (internes versus docteurs) ;
- la spécialisation (psychiatrie adulte versus pédopsychiatrie versus addictologie) ;
- le type de pathologie majoritairement pris en charge ;
- le modèle psychothérapeutique préférentiel ;
- le fait d'avoir été confronté à l'hypnose et, le cas échéant, s'il existe une différence entre ceux ayant eu une expérience dans un cadre professionnel ou personnel ;
- pour les personnes ayant une expérience personnelle, l'objectif de cette expérience (ludique ou thérapeutique).

2.3 Méthodologie

Pour effectuer ce travail, nous avons réalisé une étude observationnelle et transversale via diffusion d'un auto-questionnaire électronique auprès d'une population d'internes en cours DES de psychiatrie, de psychiatres et d'addictologues. Sur une période 3 mois du 07 juin au 07 septembre 2018.

2.3.1 Population étudiée, critères d'inclusion et d'exclusion

Pour ce travail, nous avons appliqué les critères d'inclusion suivants :

- psychiatres et/ou addictologues en exercice ou en formation (interne de DES, Faisant Fonction d'Interne et médecin en cours de DES) ;
- concernant la spécialité : psychiatrie de l'adulte, addictologie et pédopsychiatrie ;
- exerçant en France métropolitaine et départements d'Outre-mer ;
- quel que soit le type d'activité (publique, libérale et mixte) ;
- disponible sur la période allant du 07 juin 2018 au 07 septembre 2018.

Nous avons défini les critères d'exclusion comme étant :

- les médecins dont la spécialisation n'était pas psychiatrie ou addictologie ;
- les internes dont la spécialité n'était pas psychiatrie ;
- les professionnels n'ayant pas le statut de médecin ou d'interne en médecine (psychologues, psychothérapeutes, infirmiers spécialisés, kinésithérapeutes et ergothérapeutes) ;
- les médecins ou internes n'exerçant pas en France ;
- les médecins ou internes n'étant pas en activité.

2.3.2 Déroulement de l'étude

Les données ont été collectées via la diffusion d'un auto-questionnaire électronique. Celui-ci a été envoyé aux psychiatres, addictologues et internes en psychiatrie par email. Cette diffusion s'est faite via l'utilisation des registres e-mail nationaux de trois associations françaises de psychiatres, addictologues et internes de psychiatrie ayant accepté de relayer notre projet : l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP), l'Association Française de Psychiatrie Biologique et Neuropsychopharmacologique (AFPBN) et l'Association des Jeunes Psychiatres et Jeunes Addictologues (AJPJA). Afin d'obtenir un nombre suffisant de réponses, nous avons complété cette enquête localement en envoyant le questionnaire électronique à l'ensemble des internes en psychiatrie du CHU de Clermont-Ferrand ainsi qu'aux psychiatres exerçant dans le Puy-de-Dôme dont nous avons pu obtenir

les adresses de messagerie. Celles-ci ont été obtenues par un appel au secrétariat des établissements, par consultation de l'annuaire et par le réseau de l'Association des Internes et anciens internes en Psychiatrie du CHU de Clermont-Ferrand (AIPC).

Le registre e-mail national de l'AFFEP contenait 1364 destinataires, celui de l'AJPA 459 et celui de l'AFPBN 393. Sur le Puy-de-Dôme, nous avons diffusé notre questionnaire sur 163 adresses de messagerie. Au total, notre questionnaire a été envoyé sur 2379 emails.

Une première série d'envois a eu lieu entre le sept et le dix juin 2018 suivie d'une seconde entre le premier et le trois août 2018.

Le recueil des données s'est effectué sur une période de 3 mois, du 07 juin au 07 septembre 2018 inclus.

2.3.3 Outil de mesure

2.3.3.1 Recueil des caractéristiques socio-démographiques

Nous avons effectué un recueil de données socio-démographiques et socio-professionnelles. En plus des caractéristiques habituelles demandées (âge, sexe, ville d'exercice, statut professionnel), certaines questions étaient relatives aux modalités d'exercice personnel (spécialisation, type d'activité, modalité principale de prise en charge, pathologie majoritaire retrouvée dans l'activité, modèle psychothérapeutique préférentiel) et interrogeaient également sur l'antériorité d'une expérience vis-à-vis de l'hypnose (annexe 1). Les adresses mail des participants étaient collectées afin de garantir l'absence de doublons.

2.3.3.2 Mesure des croyances

2.3.3.2.1 Présentation de l'échelle

Notre questionnaire ciblait l'exploration des croyances et attitudes à l'égard de l'hypnose en utilisant une échelle préexistante : la *Valencia Scale about Attitudes and Beliefs toward Hypnosis - Therapist Version* (VSABH-T) développée par Capafons, Morales, Espejo et

Cabanas en 2006 et disponible en anglais (17,18) (Annexe 2). Cette échelle comporte une structure à huit dimensions représentées sur 37 items qui mesurent les croyances et attitudes générales face à l'hypnose en se basant sur des conceptions répandues. Les dimensions retrouvées sont :

- Peur (exemple : « l'hypnose me fait peur »). Comprend les items 4, 7, 16, 18, 19 et 20 ;
- Mémoire (exemple : « ce dont on se souvient sous hypnose est toujours la vérité »). Comprend les items 3, 30, 31, 32 et 33 ;
- Aide (exemple : « l'hypnose peut s'avérer très utile à mes patients »). Comprend les items 1, 10, 12, 17, 23, 29 et 37 ;
- Contrôle (exemple : « la personne sous hypnose peut « sortir » de cet état quand elle le souhaite »). Comprend les items 14, 15, 21, 22, 24 et 25 ;
- Collaboration (exemple : « l'hypnose implique un effort de coopération entre le thérapeute et le patient »). Comprend les items 2, 8, 11 et 13 ;
- Intérêt (exemple : « j'aimerais bien être hypnotisé »). Comprend les items 26, 27 et 28 ;
- Magique (exemple : « sous hypnose, la réussite peut se faire sans effort de la part du patient »). Comprend les items : 5, 6 et 9 ;
- Marginale (exemple : « l'hypnose s'est développée en dehors du champ de la recherche scientifique »). Comprend les items 34, 35 et 36.

Chaque réponse est obtenue sur une échelle de type Likert allant de 1 à 6 dans laquelle le participant cote son niveau d'adhésion à la proposition, où 1=pas du tout d'accord, 2=pas d'accord, 3=plutôt pas d'accord, 4=plutôt d'accord, 5=d'accord et 6=tout à fait d'accord.

Des scores élevés (score moyen > 3.5) aux dimensions Aide, Contrôle, Collaboration et Intérêt indiquent des attitudes favorables et des croyances exactes. A l'inverse, des scores élevés (score moyen > 3.5) aux dimensions Peur, Mémoire, Magique et Marginale signifient des attitudes défavorables en lien avec des croyances erronées. Le calcul du score total se fait en codant de manière inverse les items appartenant à ces quatre dernières dimensions : un score total élevé (> 129.5) signifie une attitude favorable et des croyances positives adaptées.

Une analyse factorielle exploratoire de la VSABH-T a été réalisée en 2006 (17). Celle-ci a retrouvé la structure à huit dimensions de cette échelle. La cohérence interne de chacun de ces facteurs était correcte et la fiabilité obtenue au test/retest était suffisante. L'analyse factorielle confirmatoire a permis une analyse statistique plus poussée de l'échelle (18). Dans

l'ensemble, la cohérence factorielle interne s'est avérée de bonne qualité (>0.8) de même que la fiabilité (>0.7). Cependant les dimensions Marginale, Magique et Collaboration ont montré une fiabilité test/retest inférieure (respectivement $r = 0.61, 0.50$ et 0.62). Une corrélation significative entre les facteurs a également été retrouvée sauf pour les dimensions Magique et Aide. Ce travail confirmatoire de 2008 a donc permis de valider la VSABH-T comme un outil fiable de mesure des attitudes et croyances des professionnels vis-à-vis de l'hypnose.

2.3.3.2.2 Traduction, traduction inverse et équivalence sémantique de la VSABH-T en français

La VSABH-T n'est pas disponible en français. Nous avons donc réalisé une traduction selon les recommandations de la *Canadian Medical Association* (248).

En premier lieu, l'échelle VSABH-T a été traduite par deux traducteurs indépendants et francophones (LS et RM) à partir de la version anglophone de Capafons et *al.* (18). Ensuite, les deux versions ont été mises en commun par une tierce personne francophone (CB). Cette version a été de nouveau traduite en anglais par une traductrice indépendante (EV) parfaitement bilingue et sans accès à la version originale anglaise. La traduction anglophone a été comparée à l'échelle d'origine par un traducteur bilingue (PY) afin de déterminer si elles étaient comparables en termes de contenu. Quelques ajustements mineurs ont été apportés par ce traducteur (PY) à la version française afin de maintenir une équivalence sémantique maximale.

La version française est disponible en annexe 3.

2.3.4 Analyses des données

Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées en termes d'effectifs ou d'années. Selon la nature des variables, nous avons effectué :

- un calcul de moyennes pour les variables quantitatives continues ;
- un calcul de pourcentages pour les variables qualitatives dichotomiques et nominatives.

Le calcul du score total à la VSABH-T a été effectué conformément aux recommandations d'utilisation de l'outil :

- addition des scores moyens obtenus aux items 1, 2, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 et 37 ;
- addition des scores moyens obtenus après codage inverse (1=6, 2=5 et 3=4) des items 3, 4, 5, 6, 7, 9, 16, 18, 19, 20, 30, 31, 32, 33, 34, 35 et 36.

Nous avons systématiquement calculé le score total moyen au sein des groupes.

Un score total moyen supérieur à 129.5 est à interpréter comme le reflet d'une attitude favorable et de croyances positives adaptées.

Les résultats par dimension ont été calculés en faisant la moyenne des scores moyens obtenus aux items rattachés aux dimensions.

Concernant l'interprétation des résultats, un score moyen supérieur à 3.5 à un item correspond à une adhésion à la proposition tandis qu'un score moyen inférieur à 3.5 est assimilé à un rejet.

Par extension, nous avons appliqué ce même *cut-off* à 3.5 pour interpréter les scores moyens par dimension de croyances.

Afin d'effectuer des analyses bivariées, nous avons défini plusieurs groupes de participants selon leurs caractéristiques socio-démographiques et socio-professionnelle :

- le grade (« interne » et « docteur ») ;
- le sexe (« homme » et « femme ») ;
- la spécialisation (« psychiatrie adulte », « addictologie », « pédopsychiatrie » et « interne ») ;
- le type d'activité (« publique », « libérale » et « mixte ») ;
- la modalité principale de prise en charge des patients (« hospitalier », « ambulatoire » et « mixte ») ;
- les pathologies majoritaires retrouvées dans l'activité (« absence de pathologie majoritaire », « troubles psychotiques », « troubles de l'humeur », « troubles anxieux », « addictions », « troubles du comportement alimentaire » et « troubles de l'attachement ») ;
- l'antériorité d'une quelconque expérience vis-à-vis de l'hypnose (« expérience » et « pas d'expérience ») ;

- le contexte dans lequel les participants du groupe « expérience » ont été confrontés à l'hypnose (« expérience professionnelle » et « expérience personnelle ») ;
- le but recherché par les participants ayant une expérience personnelle de l'hypnose (« thérapeutique » et « ludique »).

Les résultats obtenus ont fait l'objet de comparaison inter-groupe afin de d'identifier ou non une influence statistique de ces facteurs sur les résultats :

- les différences de moyenne sur des variables dichotomiques ont été testées par le test T lorsque l'effectif était supérieur ou égal à 30 ;
- les différences de moyenne sur des variables dichotomiques ont été testées par le test de Wilcoxon lorsque l'effectif était inférieur à 30 ;
- les différences de moyenne sur des variables qualitatives nominatives ont été testées par analyse de variance (ANOVA) ;
- les différences de fréquence ont été testées par le test du Khi 2 ;
- le seuil de significativité était fixé à $p < 0.05$.

2.4 Résultats

2.4.1 Taux de réponse

Sur les 2379 questionnaires envoyés, nous avons obtenu un total de 226 réponses montrant un taux de réponse global de 9.54%.

La registre de l'AFFEP contenait 1364 destinataires et nous a fourni 130 réponses, soit un taux de réponse de 9.53%.

L'AJPA a envoyé notre enquête à 459 destinataires dont 29 nous ont répondu : le taux de réponse était de 6.31%.

l'AFPBN a diffusé notre questionnaire à 393 destinataires et nous a fourni 36 réponses soit un taux de réponse de 9.16%.

Sur les 163 messages envoyés aux psychiatres et internes du Puy-de-Dôme, nous avons obtenu 32 réponses, soit un taux de réponse de 19.75%.

2.4.2 Caractéristiques socio-démographiques et socio-professionnelles

2.4.2.1 Population globale

Tableau 2

Caractéristiques		Total (N=224)	Internes (n=112)	Docteurs (n=112)	p	
Age (moyenne, écart-type)		32.1 (7.2)	28.3 (2.1)	36.0 (8.4)		
Sexe	Hommes (n, %)	66 (29.5)	35 (31.3)	31 (27.7)	0.558	
	Femmes (n, %)	158 (70.5)	77 (68.8)	81 (72.3)		
Spécialisation des médecins thésés	Psychiatrie adulte (n, %)	80 (71.4)		80 (71.4)		
	Pédopsychiatrie (n, %)	21 (18.8)		21 (18.8)		
	Addictologie (n, %)	11 (9.8)		11 (9.8)		
Niveau d'expérience	Internes: années de DES (moyenne, écart-type)		2.9 (1.0)			
	Docteurs: années d'expérience post-thèse (moyenne, écart-type et médiane)			6.3 (8.3); 3		
Type d'activité	Publique (n, %)	196 (87.5)	105 (93.8)	91 (81.3)	0.010*	
	Libérale (n, %)	14 (6.3)	2 (1.8)	12 (10.7)		
	Mixte (n, %)	14 (6.3)	5 (4.5)	9 (8.0)		
Modalité principale de prise en charge	Ambulatoire (n, %)	55 (24.6)	14 (12.5)	41 (36.6)	<.0001*	
	Hospitalier (n, %)	110 (49.1)	75 (67.0)	35 (31.3)		
	Ambulatoire et hospitalier (n, %)	59 (26.3)	23 (20.5)	36 (32.1)		
Pathologie majoritairement prise en charge	Troubles psychotiques (n, %)	46 (20.5)	20 (17.9)	26 (23.2)	0.085	
	Troubles de l'humeur (n, %)	55 (24.6)	30 (26.8)	25 (22.3)		
	Troubles anxieux (n, %)	15 (6.7)	3 (2.7)	12 (10.7)		
	Addictions (n, %)	20 (8.9)	8 (7.1)	12 (10.7)		
	TCA (n, %)	3 (1.3)	2 (1.8)	1 (0.9)		
	Troubles de l'attachement (n, %)	1 (0.5)	0 (0%)	1 (0.9)		
Absence de pathologie majoritaire (n, %)	84 (37.5)	49 (43.8)	35 (31.3)			
Modèle psychothérapeutique préférentiel	Thérapie des schémas (n, %)	1 (0.5)	1 (0.9)	0 (0%)	0.609	
	TCC (n, %)	53 (23.7)	28 (25.0)	25 (22.3)		
	Psychodynamique (n, %)	23 (10.3)	10 (8.9)	13 (11.6)		
	Entretien motivationnel (n, %)	19 (8.5)	8 (7.1)	11 (9.8)		
	Thérapies systémique (n, %)	17 (7.6)	8 (7.1)	9 (8.0)		
	Hypnose (n, %)	6 (2.7)	3 (2.7)	3 (2.7)		
	EMDR (n, %)	3 (1.3)	0 (0%)	3 (2.7)		
	Thérapies stratégiques (n, %)	11 (4.9)	4 (3.6)	7 (6.3)		
	Mindfulness (n, %)	5 (2.2)	2 (1.8)	3 (2.7)		
Absence de modèle préférentiel (n, %)	86 (38.4)	48 (42.9)	38 (33.9)			
Expérience vis-à-vis de l'hypnose	Oui	Cadre pro (n, %)	89 (74.8)	37 (63.8)	52 (85.3)	0.007*
		Cadre perso (n, %)	30 (25.2)	21 (36.2)	9 (14.7)	
	total "oui" (n, %)	119 (53.1)	58 (51.8)	61 (54.5)	0.688	
Non (n, %)		105 (46.9)	54 (48.2)	51 (45.5)		
But recherché par les participants ayant eu une expérience de l'hypnose dans un cadre personnel	A visée ludique (n, %)	16 (53.3)	12 (57.1)	4 (44.4)	0.523	
	A visée thérapeutique (n, %)	14 (46.7)	9 (42.9)	5 (55.6)		
Réseaux de collecte des réponses	AFFEP (n, %)	128 (57.1)	90 (80.5)	38 (33.9)	<.0001*	
	AFPBN (n, %)	35 (15.6)	3 (2.7)	32 (28.6)		
	AJPJA (n, %)	29 (13.0)	1 (0.9)	28 (25.0)		
	Départemental (n, %)	32 (14.3)	18 (16.1)	14 (12.5)		

La synthèse des résultats obtenus est présentée dans le tableau 2. Ces résultats sont exprimés en termes de fréquence, de pourcentage ou de moyenne. Ces résultats ont ici été arrondis à la première décimale.

La colonne « p » correspond au niveau de significativité des différences retrouvées par comparaison entre les groupes « internes » et « docteurs ». Les résultats significatifs ($p < 0.05$) sont inscrits en gras et annotés d'un astérisque.

Notre travail s'est basé sur l'analyse des résultats obtenus sur 224 participants. Nous avons comptabilisé initialement 226 réponses. Parmi celles-ci, deux ont été exclues au motif que les participants n'exerçaient pas leur activité en France (Suisse, canton de Genève). Sur la base des adresses email recensées, nous n'avons retrouvé aucun doublon dans les réponses.

Notre échantillon de population était majoritairement féminin : 158 femmes (71%) pour 66 hommes (30%). L'âge moyen était de 32 ans (écart-type=7.2).

Il était constitué à 50% (n=112) par des internes en cours de DES de psychiatrie et à 50% (n=112) par des médecins psychiatres et addictologues titulaires d'un doctorat (« docteurs »).

Le niveau d'expérience moyen était de 2.9 années de DES (écart-type=1.0) pour les internes et de 6.3 années post-thèse (écart-type=8.3) pour les « docteurs ». La médiane du niveau d'expérience post-thèse des « docteurs » était de 3 ans.

Les « docteurs » ayant participé à l'étude étaient pour 71% (n=80) d'entre eux spécialisés en psychiatrie adulte, pour 19% (n=21) spécialisés en pédopsychiatrie et pour 10% (n=11) spécialisés en addictologie.

L'ensemble des participants exerçaient principalement dans le secteur public (n=196 soit 88%). Cependant, 6% (n=11) avaient une activité purement libérale et 6% (n=11) une activité mixte.

Nous avons retrouvé que 49% (n=110) des participants prenaient en charge leurs patients principalement en hospitalisation. Sur l'échantillon, 26% (n=59) prenaient en charge leurs patients en ambulatoire et en hospitalisation dans des proportions comparables, et 25% (n=55) majoritairement en ambulatoire.

Concernant les pathologies les plus représentées dans l'activité professionnelle des participants :

- 38% des participants ne retenaient pas de pathologie majoritaire dans leur activité (n=84) ;
- 25% d'entre eux décrivaient une majorité de troubles de l'humeur chez leurs patients (n=55) ;
- 21 % prenaient principalement en charge des troubles psychotiques (n=46) ;
- 9% traitaient majoritairement des patients souffrant d'addictions (n=20) ;
- 7% prenaient principalement en charge des troubles anxieux (n=15) ;
- 1% retrouvaient une majorité de TCA chez leurs patients (n=3) ;
- 0.5% prenaient principalement en charge des troubles de l'attachement (n=1).

A propos des modèles psychothérapeutiques préférentiels retrouvés chez les participants :

- plus d'un tiers (38%) d'entre eux n'en avaient pas (n=86) ;
- environ un quart 24% utilisaient préférentiellement les TCC (n=53) ;
- 10% des participants avaient une orientation psychodynamique (n=23) ;
- 8% appliquaient plutôt les techniques de l'entretien motivationnel (n=19) ;
- 5% étaient orientés vers les thérapies stratégiques (n=11) ;
- 3% utilisaient préférentiellement l'hypnothérapie (n=6) ;
- 2% utilisaient plutôt la *mindfulness*/méditation pleine conscience comme outil (n=5) ;
- 1% pratiquait principalement l'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) avec leurs patients (n=3) ;
- 0.5% utilisaient préférentiellement la thérapie des schémas (n=1).

Au sein de l'échantillon, 53% des participants avaient déjà eu une expérience quelconque vis-à-vis de l'hypnose (n=119) tandis que 47% n'en avaient jamais eue (n=105).

Parmi les 119 participants ayant déjà eu une expérience quelconque vis-à-vis de l'hypnose, cette expérience avait eu lieu dans un cadre professionnel pour 75% d'entre eux (n=89) et, pour 25%, dans un cadre personnel (n=30).

Sur les 30 participants ayant déjà eu une expérience personnelle de l'hypnose, la moitié d'entre eux affichaient un objectif ludique et l'autre moitié un but thérapeutique.

2.4.2.2 Comparaison socio-démographique et socio-professionnelle entre « internes » et « docteurs »

L'ensemble des résultats de la comparaison des caractéristiques sociodémographiques et socio-professionnelles entre les groupes « internes » et « docteurs » est présenté dans le Tableau 2.

Les effectifs étaient identiques au sein des groupes « internes » et « docteurs » (n=112).

Dans le groupe « internes », l'âge moyen était de 28 ans (écart-type=2.1) tandis qu'il était de 36 ans (écart-type=8.4) dans le groupe « docteurs ».

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes sur les fréquences de distribution liées aux caractéristiques suivantes :

- sexe (p=0.558) ;
- type de pathologies majoritaires dans l'activité (p=0.085) ;
- modèle psychothérapeutique préférentiel (p=0.609) ;
- antériorité d'une expérience quelconque vis-à-vis de l'hypnose (p=0.688) ;
- objectif recherché en cas d'expérience personnelle de l'hypnose (p=0.523).

L'analyse comparative a montré une différence significative dans les fréquences de distribution sur les caractéristiques suivantes :

- le type d'activité (p=0.010). L'activité principale était majoritairement « publique » dans les deux groupes (pour 94% (n=105) des « internes » et pour 81% (n=91) des « docteurs »). Une activité principalement libérale était plus fréquente dans le groupe « docteurs » (11%, n=12) que dans le groupe « internes » (2%, n=2). De même, nous avons retrouvé une activité mixte plus fréquente dans le groupe « docteurs » (8%, n=9) que dans le groupe « internes » (4%, n=5) ;
- la modalité principale de prise en charge des patients (p<0.001). Dans le groupe « internes », la moitié des participants effectuait principalement des prises en charge en hospitalisation

(49%, n=75), un quart prenait en charge leurs patients en ambulatoire et en hospitalisation à proportion égale (26%, n=59), et un autre quart (25%, n=55) réalisait plus de prises en charge ambulatoires. Dans le groupe « docteurs », 37% (n=41) des participants avaient une activité orientée vers la prise en charge ambulatoire, 31% (n=35) orientée vers la prise en charge en hospitalisation et 32% (n=36) effectuaient autant de prise en charge ambulatoire qu'en hospitalisation ;

- le contexte de l'expérience de l'hypnose pour les participants ayant déjà été exposés ($p=0.007$). Le cadre était professionnel pour deux tiers des internes (64%, n=37) et 85% (n=52) des docteurs. Il était personnel pour environ un tiers des internes (36%, n=21) et 15% (n=9) des docteurs ;

- le réseau de recrutement à l'étude ($p<0.001$). Dans le groupe « internes », 80% (n=90) des réponses ont été obtenues via l'AFFEP, 16% (n=18) via l'enquête départementale, 3% (n=3) via l'AFPBN et 1% (n=1) via l'AJPJA. Dans le groupe « docteurs », 34% (n=38) des réponses ont été obtenues via l'AFFEP, 29% (n=32) via l'AFPBN, 25%(n=28) via l'AJPJA et 13%(n=14) via l'enquête départementale.

2.4.3 Résultats à la VSABH-T sur la population totale

La synthèse de l'ensemble de ces résultats ainsi que celle issue des comparaisons par groupe sont présentées dans le Tableau 3. Les résultats significatifs sont inscrits en gras et annotés d'un astérisque.

Scores moyens (N=224)		Caractéristiques comparées																													
		Sexe		Niveau de formation		Spécialisation				Expérience vis-à-vis de l'hypnose		Contexte expérience vis-à-vis de l'hypnose (n=119)		But expérience personnelle de l'hypnose (n=30)		Pathologies majoritaires dans l'activité					Hypnose vs autres modalités psychothérapeutiques										
		Femmes	Hommes	Internes	Docteurs	Addictologie	Internes	Psychiatrie adulte	Pétopsiatrie	Non	Oui	Personnel	Professionnel	P	Ludique	Thérapeutique	p	Absence	Addictions	Troubles de l'attachement	Troubles anxieux	Troubles de l'humeur	TCA	Troubles psychotiques	P	Hypnose	Autres	p			
Peur	2.292	2.269	2.139	0.056	2.231	2.232	0.830	2.231	2.167	2.398	0.276	2.350	2.119	0.0004*	2.077	2.132	0.580	2.062	2.095	0.983	2.942	2.300	2.333	2.267	2.190	2.333	2.193	0.976	2.139	2.237	0.657
Mémoire	2.680	2.720	2.501	0.037*	2.708	2.671	0.272	2.708	2.630	2.400	0.224	2.712	2.610	0.271	2.967	2.489	0.0011*	2.875	3.074	0.802	2.645	2.850	1.800	2.400	2.781	3.067	2.534	0.147	2.367	2.661	0.297
Aide	4.369	4.458	4.150	0.007*	4.366	4.371	0.978	4.366	4.329	4.404	0.872	4.126	4.584	<0.0001*	4.581	4.589	0.974	4.473	4.704	0.251	4.422	4.424	4.426	4.447	4.277	4.857	4.304	0.704	4.976	4.352	0.0291*
Contrôle	3.898	3.910	3.727	0.131	3.884	3.852	0.655	3.884	3.834	3.976	0.673	3.600	4.107	<0.0001*	4.044	4.132	0.526	3.972	4.119	0.787	3.942	3.783	3.833	3.888	3.877	4.222	3.756	0.624	4.306	3.857	0.081
Collaboration	4.289	4.280	4.184	0.287	4.342	4.166	0.165*	4.342	4.084	4.360	0.0059*	4.269	4.250	0.797	4.450	4.182	0.0394*	4.468	4.428	0.901	4.282	4.235	4.000	4.216	4.309	4.667	4.157	0.676	4.500	4.252	0.285
Intérêt	4.327	4.402	4.222	0.304	4.333	4.361	0.898	4.333	4.475	4.092	0.521	3.837	4.813	<0.0001*	4.822	4.890	0.949	4.604	5.074	0.274	4.519	4.200	4.333	4.311	4.133	5.444	4.333	0.429	4.889	4.337	0.276
Magique	2.023	2.040	1.989	0.598	1.946	2.104	0.096	1.946	2.133	2.063	0.262	2.019	2.030	0.829	2.056	2.025	0.820	1.972	2.142	0.752	2.037	2.016	2.000	1.978	2.103	1.667	1.956	0.891	3.333	2.758	0.067
Marginalité	2.763	2.713	2.839	0.154	2.787	2.750	0.709	2.787	2.748	2.682	0.858	2.692	2.847	0.173	2.667	2.814	0.181	2.729	2.592	0.456	2.615	2.867	1.333	2.867	2.854	3.000	2.891	0.139	3.333	2.758	0.067
Score total	161.9	162.6	162.1	0.172	162.2	161.5	0.705	162.2	161.4	162.8	0.918	156.2	166.8	<0.0001*	166.1	167.0	0.702	165.0	167.4	0.607	163.7	159.3	169.0	163.1	159.9	170.0	160.9	0.387	172.5	161.6	0.0293*

Tableau 3 : synthèse des résultats à la VSABH-T

2.4.3.1 Score total

Nous retrouvons un score total moyen de 161.9 sur l'ensemble de la population de l'étude. Ce score étant supérieur à 129.5, il est à interpréter comme le reflet d'une attitude favorable associée à des croyances globales positives adaptées.

2.4.3.2 Scores par dimension

Concernant l'interprétation des scores suivants (pouvant aller de 1 à 6), un score supérieur à 3.5 représente une adhésion aux croyances rattachées à la dimension présentée. A l'inverse, un score inférieur à 3.5 correspond à un rejet de ces croyances.

Les scores moyens par dimension retrouvés sur l'ensemble de la population sont :

- « peur » = 2.2 ;
- « mémoire » = 2.7 ;
- « aide » = 4.4 ;
- « contrôle » = 3.9 ;
- « collaboration » = 4.3 ;
- « intérêt » = 4.4 ;
- « magique » = 2.0 ;
- « marginale » = 2.8.

2.4.4 *Comparaison en fonction du sexe*

2.4.4.1 Score total

L'analyse comparative des résultats ne retrouve pas de différence significative sur le score total moyen en fonction du sexe ($p=0.173$).

2.4.4.2 Scores par dimension

Nous retrouvons une différence significative en fonction du sexe sur les scores moyens obtenus aux dimensions :

- « mémoire » : score moyen chez les femmes de 2.7 contre 2.5 chez les hommes ($p=0.037$) ;
- « aide » : score moyen chez les femmes de 4.5 contre 4.2 chez les hommes ($p=0.008$).

Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative pour les dimensions « peur » ($p=0.057$), « contrôle » ($p=0.131$), « collaboration » ($p=0.287$), « intérêt » ($p=0.301$), « magique » ($p=0.510$) et « marginale » ($p=0.151$).

2.4.5 Comparaison en fonction du niveau du grade : « internes » versus « docteurs »

2.4.5.1 Score total

L'analyse comparative des résultats ne retrouve pas de différence significative sur le score total moyen en fonction du niveau de formation ($p=0.705$).

2.4.5.2 Scores par dimension

Nous retrouvons une unique différence significative entre le groupe « internes » et le groupe « docteurs » sur le score moyen obtenu à la dimension « collaboration » ($p=0.017$). Ce score est de 4.3 chez les internes et de 4.2 chez les docteurs.

Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative pour les dimensions « peur » ($p=0.859$), « mémoire » ($p=0.273$), « aide » ($p=0.978$), « contrôle » ($p=0.655$), « intérêt » ($p=0.870$), « magique » ($p=0.070$) et « marginale » ($p=0.706$).

2.4.6 Comparaison en fonction de la spécialisation

2.4.6.1 Score total

L'analyse comparative des résultats ne retrouve pas de différence significative sur le score total moyen en fonction de la spécialisation ($p=0.919$).

L'ANOVA comparant deux à deux le score total moyen entre les groupes « addictologie », « internes », « psychiatrie adulte » et « pédopsychiatrie » ne retrouve pas de différence significative ($p>0.05$).

2.4.6.2 Scores par dimension

Nous retrouvons une unique différence significative en fonction de la spécialisation sur le score moyen obtenu à la dimension « collaboration » ($p=0.006$).

Ce score est de 4.4 dans le groupe « addictologie », de 4.3 dans le groupe « internes », de 4.1 dans le groupe « psychiatrie adulte » et de 4.4 dans le groupe « pédopsychiatrie ». L'ANOVA comparant deux à deux le résultat moyen à cette dimension retrouve une différence significative uniquement entre les groupes « internes » et « psychiatrie adulte » ($p<0.05$).

Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative pour les dimensions « peur » ($p=0.277$), « mémoire » ($p=0.224$), « aide » ($p=0.879$), « contrôle » ($p=0.676$), « intérêt » ($p=0.522$), « magique » ($p=0.262$) et « marginale » ($p=0.855$).

2.4.7 Comparaison en fonction de l'antériorité d'une expérience quelconque vis-à-vis de l'hypnose : « oui » versus « non »

2.4.7.1 Score total

Nous retrouvons une différence significative dans les résultats obtenus au score total moyen en fonction de l'antériorité d'une expérience quelconque vis-à-vis de l'hypnose

($p < 0.001$). Le groupe ayant répondu « oui » à la question « avez-vous déjà eu une expérience vis-à-vis de l'hypnose ? » obtient un score total moyen de 166.8 contre 156.2 pour le groupe ayant répondu « non ».

2.4.7.2 Scores par dimension

Nous retrouvons une différence significative en fonction de l'antériorité d'une expérience de l'hypnose sur les scores moyens obtenus aux dimensions :

- « peur » : score moyen du groupe « oui » de 2.1 contre 2.4 pour le groupe « non » ($p < 0.001$) ;
- « aide » : score moyen du groupe « oui » de 4.6 contre 4.1 pour le groupe « non » ($p < 0.001$) ;
- « contrôle » : score moyen du groupe « oui » de 4.1 contre 3.6 pour le groupe « non » ($p < 0.001$) ;
- « intérêt » : score moyen du groupe « oui » de 4.8 contre 3.8 pour le groupe « non » ($p < 0.001$).

Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative pour les dimensions « mémoire » ($p = 0.271$), « collaboration » ($p = 0.800$), « magique » ($p = 0.893$) et « marginale » ($p = 0.174$).

2.4.8 Comparaison en fonction du contexte de l'expérience vis-à-vis de l'hypnose : « personnel » versus « professionnel »

2.4.8.1 Score total

L'analyse comparative des résultats ne retrouve pas de différence significative sur le score total moyen en fonction du contexte (« personnel » versus « professionnel ») pour les personnes ayant déjà eu une expérience avec l'hypnose ($p = 0.703$).

2.4.8.2 Scores par dimension

Nous retrouvons une différence significative en fonction du contexte de l'expérience de l'hypnose sur les scores moyens obtenus aux dimensions :

- « mémoire » : score moyen du groupe « personnel » de 3.0 contre 2.5 pour le groupe « professionnel » ($p=0.001$) ;
- « collaboration » : score moyen du groupe « personnel » de 4.5 contre 4.2 pour le groupe « non » ($p<0.039$).

Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative pour les dimensions « peur » ($p=0.581$), « aide » ($p=0.975$), « intérêt » ($p=0.950$), « magique » ($p=0.821$) et « marginale » ($p=0.181$).

2.4.9 Comparaison en fonction du but de l'expérience personnelle de l'hypnose : « ludique » versus « thérapeutique »

2.4.9.1 Score total

L'analyse comparative des résultats ne retrouve pas de différence significative sur le score total moyen en fonction de l'objectif (« ludique » versus « thérapeutique ») pour les personnes ayant eu une expérience de l'hypnose dans un cadre personnel ($p=0.607$).

2.4.9.2 Scores par dimension

Nous ne retrouvons aucune différence statistiquement significative dans la comparaison par dimension : « peur » ($p=0.983$), « mémoire » ($p=0.803$), « aide » ($p=0.252$), « contrôle » ($p=0.788$), « collaboration » ($p=0.900$), « intérêt » ($p=0.275$), « magique » ($p=0.753$) et « marginale » ($p=0.457$).

2.4.10 Comparaison en fonction du type de pathologies majoritaires dans l'activité

2.4.10.1 Score total

L'analyse comparative des résultats ne retrouve pas de différence significative sur le score total moyen en fonction du type de pathologies majoritaires dans l'activité ($p=0.381$).

L'ANOVA comparant deux à deux le score total moyen entre les groupes « absence de pathologie majoritaire », « addictions », « troubles de l'attachement », troubles anxieux », « troubles de l'humeur », « TCA » et « troubles psychotiques » ne retrouve pas de différence significative ($p>0.05$).

2.4.10.2 Scores par dimension

Nous ne retrouvons aucune différence statistiquement significative dans la comparaison par dimension : « peur » ($p=0.978$), « mémoire » ($p=0.148$), « aide » ($p=0.704$), « contrôle » ($p=0.630$), « collaboration » ($p=0.677$), « intérêt » ($p=0.430$), « magique » ($p=0.892$) et « marginale » ($p=0.139$).

L'ANOVA réalisée ne retrouve pas de différence significative entre les scores moyens par dimension via comparaison des groupes deux à deux ($p>0.05$).

2.4.11 Comparaison en fonction du modèle psychothérapeutique préférentiel : « hypnose » versus « autres »

2.4.11.1 Score total

L'analyse comparative des résultats retrouve une différence significative sur le score total moyen entre le groupe « hypnose » (=172.5) et le groupe « autres modèles psychothérapeutiques préférentiels » (=161.6) ($p=0.029$).

2.4.11.2 Scores par dimension

Nous retrouvons une différence significative entre les groupes « hypnose » et « autres » sur le score moyen obtenu à la dimension « aide » ($p=0.029$).

Ce score est de 5.0 dans le groupe « hypnose » contre 4.4 dans le groupe « autres ».

Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative pour les dimensions « peur » ($p=0.655$), « mémoire » ($p=0.298$), « contrôle » ($p=0.082$), « collaboration » ($p=0.285$), « intérêt » ($p=0.276$), « magique » ($p=0.067$) et « marginale » ($p=0.067$).

Troisième partie : discussion

3 Discussion

Le but de cette étude était d'explorer les croyances et attitudes des psychiatres et addictologues français par rapport à l'hypnose et de rechercher certaines variables d'influence à l'aide d'un outil standardisé.

A notre connaissance, cette étude est la première en France à s'être intéressée à cette question chez des professionnels de santé. Sur le plan international, elle représente le premier travail d'investigation des attitudes et croyances à l'égard de l'hypnose ciblant un public uniquement constitué de médecins, d'autant plus qu'il s'agit de médecins spécialisés en psychiatrie et en addictologie.

Nos résultats confirment l'hypothèse principale selon laquelle les psychiatres et addictologues français présentent une attitude favorable quant à l'usage thérapeutique de l'hypnose dans leurs spécialités. De plus, leurs croyances se révèlent positives. Ils rejettent de manière assez forte et quasi unanime certaines idées préconçues selon lesquelles l'hypnose serait dangereuse par l'influence qu'elle exerce sur les individus, aurait pour but de retrouver d'éventuels souvenirs « refoulés », permettrait une résolution des problèmes sans effort ou encore qu'elle évoluerait en dehors du domaine scientifique.

Les participants ont montré qu'ils croyaient globalement à l'utilité de l'hypnose dans l'arsenal thérapeutique. Contrairement à l'image que peut renvoyer l'hypnose de spectacle, les psychiatres et addictologues français croient que le patient sous hypnose garde la maîtrise de lui-même et que le processus hypnotique nécessite la collaboration du patient pour se mettre en place. Ils se montrent également favorables à l'idée d'expérimenter personnellement l'hypnose si l'opportunité se présentait.

Indépendamment du fait que nous avons objectivé ces croyances positives - traduisant d'un niveau de connaissance relativement correct dans l'ensemble - ce travail démontre également l'impact bénéfique de la formation et de l'expérience individuelle de l'hypnose sur les attitudes et croyances qui lui sont liées.

3.1 Taux de réponse et population

Nous avons obtenu un taux de réponse moyen d'environ 10%. Celui-ci s'avère dans la norme bien que légèrement inférieur aux 11% retrouvés d'après les résultats d'une méta-analyse de 2008 qui étudiait les taux de réponse aux questionnaires diffusés via internet (249).

D'après le rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) paru en 2016, la psychiatrie est une spécialité médicale légèrement plus féminine (53% de femmes contre 47% d'hommes) (250).

La France comptait alors 1292 psychiatres (67%) et 640 pédopsychiatres (33%). Nous ne disposons pas de chiffre présentant le nombre de médecins ayant une spécialisation en addictologie.

Parmi eux, 70% étaient salariés dans le secteur public, 27% exerçaient en libéral, et 3% avaient une activité mixte. Leur âge moyen était de 53 ans (251).

En 2012, il y avait 2136 internes inscrits en DES de psychiatrie (252) et la proportion de femmes était de 71% pour 29% d'hommes (253).

Après comparaison de ces éléments à notre échantillon, nous constatons :

- une surreprésentation des internes dans notre population. Celle-ci était volontaire dans la mesure où nous cherchions à obtenir des effectifs comparables afin de vérifier notre hypothèse selon laquelle les « internes » et les « docteurs » étaient susceptibles d'avoir des croyances et attitudes différentes à l'égard de l'hypnose ;
- un âge moyen dans notre groupe « docteurs » largement inférieur (36 ans) à celui des données nationales (53 ans). Cette différence pourrait être expliquée par deux éléments principaux. Premièrement, le fait que nous avons utilisé un questionnaire diffusé par e-mail : ce type de diffusion obtient généralement des réponses au sein d'un public plus jeune (249). Deuxièmement, l'un des réseaux ciblés est l'AJPJA (l'Association des Jeunes Psychiatres et des Jeunes Addictologues) dont les adhérents ont par définition un âge inférieur à la moyenne nationale ;
- une proportion de femmes largement supérieure aux données nationales (70% versus 53%). Cependant ce constat semble cohérent vu l'âge moyen de notre échantillon et la forte tendance à la féminisation de la psychiatrie ces dernières années (253) ;

- la répartition des spécialités entre « psychiatrie adulte » et « pédopsychiatrie » semble comparable à celle présentée dans le rapport du CNOM. Cependant nous ne disposons pas de données nationales sur le nombre d'addictologues en exercice qui permettraient une comparaison avec nos résultats ;
- la répartition en fonction du type d'activité (publique, libérale ou mixte) nous semble en accord avec les données nationales.

Au final, notre échantillon semble représentatif de la population des internes en cours de DES de psychiatrie ainsi que de celle des jeunes praticiens psychiatres et pédopsychiatres français de moins de 40 ans. Cependant, il ne l'est pas de l'ensemble des psychiatres, pédopsychiatres et addictologues en France.

La comparaison des résultats sociodémographiques et socio-professionnels entre les groupes « internes » et « docteurs » a retrouvé des différences significatives concernant :

- le type d'activité ($p=0.010$) : l'activité purement libérale ou mixte étant plus développée dans le groupe « docteurs » que dans le groupe « internes ». Cette différence est cohérente avec le constat que les internes recourent à une pratique libérale uniquement dans de rares cas (remplacements, prise de disponibilité ou dans l'attente d'une validation du doctorat) ;
- la modalité principale de prise en charge des patients ($p<0.001$) : le groupe « internes » prenant essentiellement en charge ses patients en hospitalisation (pour 67% d'entre eux) alors que les modalités de prises en charge sont plus diversifiées dans le groupe « docteurs » (pour un tiers plutôt en ambulatoire, pour un second tiers plutôt en hospitalisation et ambulatoire/hospitalisation à part égale pour le dernier tiers). Ici aussi, il paraît cohérent de retrouver un écart - l'activité de consultation étant plus importante chez les « docteurs » -, en partie du fait de suivis ambulatoires plus fréquemment réalisés au cours d'une activité libérale ou mixte ;
- le contexte (professionnel ou personnel) dans lequel les participants ayant une expérience de l'hypnose y ont été confrontés ($p=0.007$). En effet, il semblerait que les internes se montrent plus enclins à recourir à l'hypnose dans un cadre personnel (36% des internes ayant une expérience de l'hypnose) que les psychiatres et addictologues ayant obtenu leur doctorat (seulement 15% des « docteurs » ayant une expérience de l'hypnose) ;

- il est cohérent que nous retrouvions une différence dans les réseaux ayant permis de collecter les réponses ($p < 0.001$) puisque l’AFFEP ciblait un public d’internes tandis que l’AJPIA et l’AFPBN un public « thésé ».

3.2 Mise en perspective des attitudes et croyances mesurées par la VSABH-T avec la littérature

3.2.1 Mise en perspective sur le score total moyen

Notre étude retrouve un score total moyen de 161.9 traduisant une attitude favorable et des croyances correctes face à l’hypnose.

A l’exception des études asiatiques de Yu en 2004 (239) et de Desai en 2011 (244), l’ensemble de la littérature retrouvée conclut à des croyances correctes et à une attitude favorable des professionnels de santé à l’égard de l’hypnose (241–243, 245–247, 254).

Au sein de ces travaux, seulement cinq études ont recouru à l’utilisation de la VSABH-T (17, 241–243, 247). Parmi celles-ci, les études de Martin et *al.* en 2010 (243), de Madan et Pelling en 2015 (247), de Capafons et *al.* en 2006 (17) et de Mendoza et *al.* en 2009 (241) sont les seules à présenter le score total moyen dans leurs résultats. L’étude de Martin *al.* (2010) utilisant un *design* pré/post pour retester les croyances après information, nous utiliserons ici les résultats obtenus sur leur première évaluation.

Nos résultats - et le fait qu’ils traduisent une attitude favorable et des croyances globalement adaptées vis-à-vis de l’hypnose chez des professionnels de santé - est en accord avec les données de la littérature puisque les travaux réalisés retrouvent un score total moyen de 141.6 (243), 165.7 (247), 163.3 (17), et 163.8 (241). La figure 23 présente de manière graphique la comparaison de nos résultats à ceux retrouvés dans la littérature.

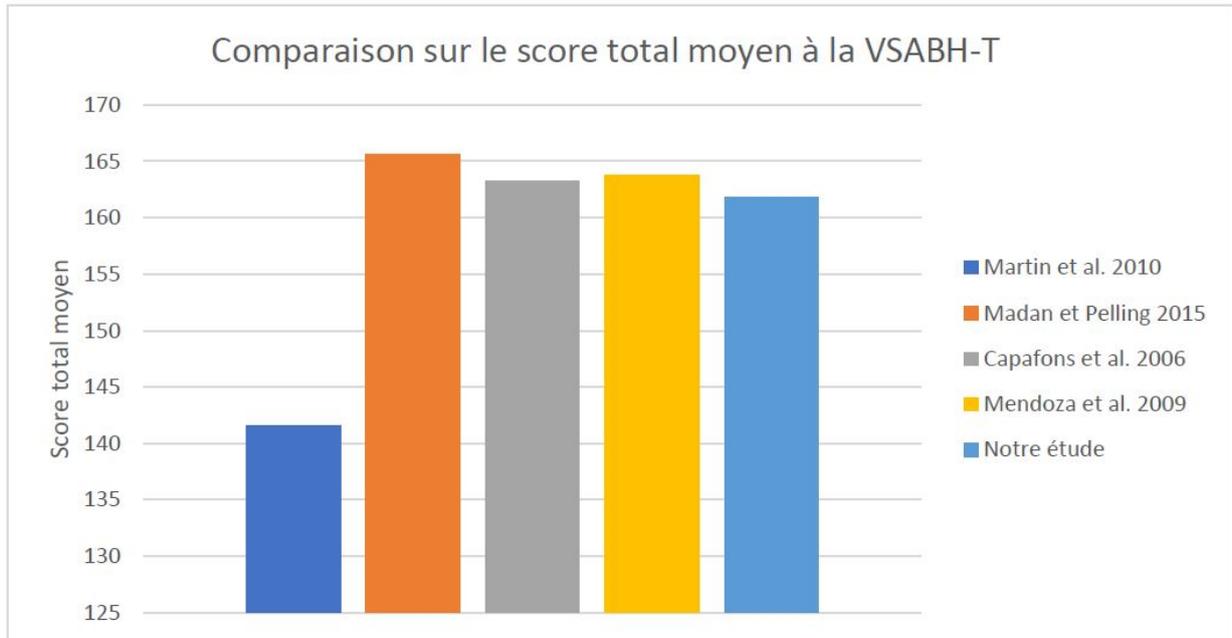


Figure 23

3.2.2 Mise en perspective sur les scores moyens par dimension

Ici aussi, seules les études de Martin et *al.* en 2010 (243), Madan et Pelling en 2015 (247), Capafons et *al.* en 2006 (17) et Mendoza et *al.* en 2009 (241) présentaient des résultats permettant d'effectuer une comparaison.

Pour confronter leurs données aux nôtres, nous avons réalisé un diagramme à partir des résultats obtenus sur les scores moyens par dimension (figure 24).

Comparaison des scores moyens par dimension à la VSABH-T

■ Martin et al. 2010 ■ Madan et Pelling 2015 ■ Capafons et al. 2006 ■ Mendoza et al. 2009 ■ Notre étude

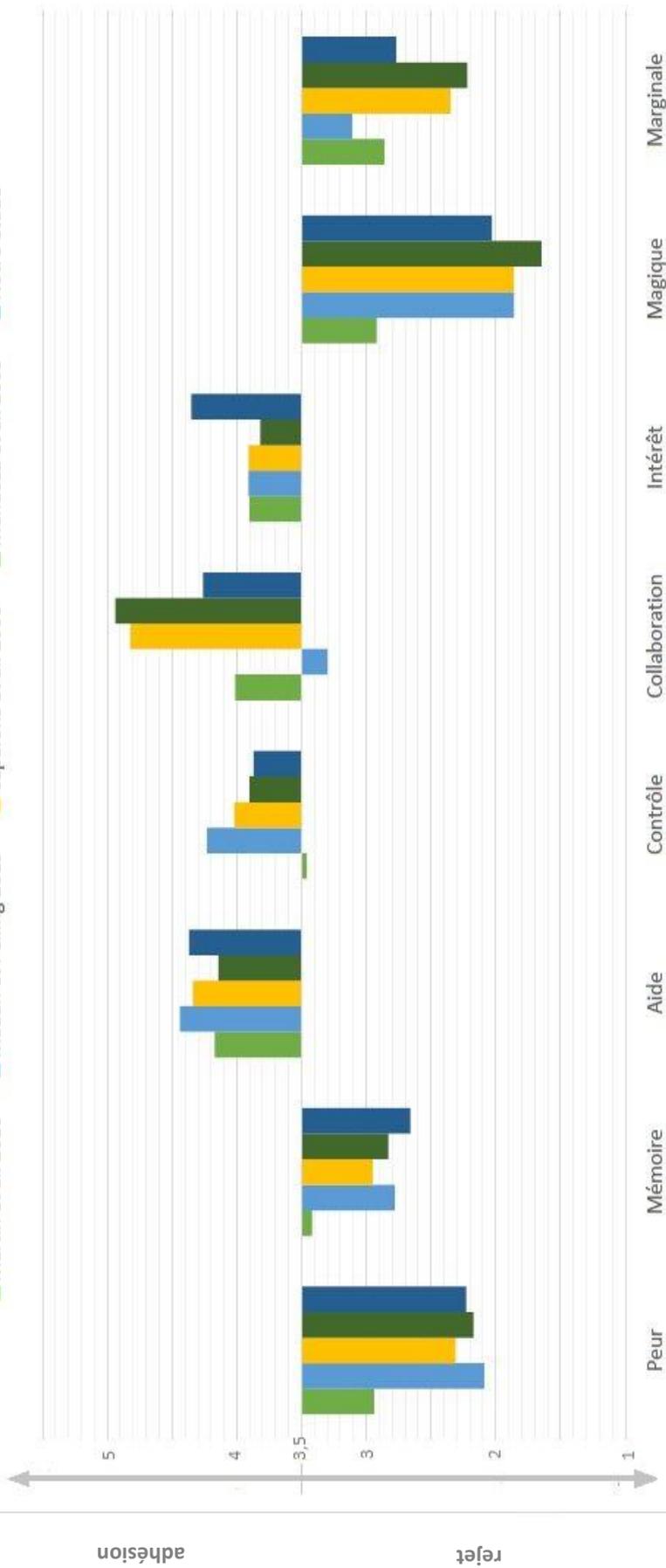


Figure 24

Sur la dimension « peur », l'ensemble des études retrouve un score moyen inférieur à 3.5 (compris entre 2 et 3) signifiant un rejet des croyances associées à la peur de l'hypnose. Nos résultats sont en accord avec ces précédentes recherches, même si Martin et *al.* (2010) ont obtenu des résultats plus contrastés sur une population cubaine dans laquelle l'hypnose semble encore partiellement assujettie à l'ancrage de croyances erronées.

Comme pour la dimension « peur », la littérature retrouve un score moyen à la dimension « mémoire » inférieur à 3.5 qui traduit un rejet global des croyances rattachées. Nos résultats sont comparables à ceux obtenus dans les études de Madan et Pelling en 2015 (247), Capafons en 2006 (17) et Mendoza en 2009 (241). Si l'étude de Martin (2010) retrouve elle aussi un score moyen inférieur à 3.5, celui-ci a été mesuré à 3.4 et traduit seulement une vision plus contrastée au sein de leur échantillon de population (professionnels de santé cubains).

Pour la dimension « aide », nos résultats sont en accord avec la littérature puisque nous avons mesuré un score moyen de 4.4 sur les items rattachés à cette dimension et que tous les travaux présentent des résultats pour lesquels le score moyen à cette dimension est compris entre 4 et 4.5 (>3.5). Les professionnels montrent une adhésion globale aux croyances soutenant l'idée que l'hypnose est utile d'un point de vue thérapeutique.

Les études réalisées vont, tout comme la nôtre, dans le sens d'une adhésion aux croyances positives où le patient conserve la maîtrise de lui-même sous hypnose. Seule l'étude de Martin (2010) a retrouvé un rejet de ces croyances que les auteurs mettent en lien avec des facteurs culturels propres à Cuba où la vision ésotérique de l'hypnose semble plus ancrée que dans les pays « occidentaux »: le score moyen est cependant faiblement inférieur à 3.5 (3.46).

La comparaison des scores moyens obtenus à la dimension « collaboration » dans la littérature montre qu'en dehors de l'étude de Madan et Pelling (2015), les travaux se rejoignent sur l'idée que les professionnels de santé estiment nécessaire une collaboration avec le patient pour pratiquer l'hypnose. Nos résultats sont en accord avec ceux retrouvés dans la littérature.

Les mesures effectuées sur les dimensions « magique » et « marginale » de la VSABH-T montrent un consensus autour du rejet de ces croyances de la part des professionnels de santé. Là encore, nos résultats sont comparables à ceux obtenus dans les précédents travaux.

Au total, en dépit de facteurs culturels et des différences méthodologiques constatées, les résultats que nous avons présentés sont en accord avec les données de la littérature traitant les croyances et attitudes des professionnels de santé à l'égard de l'hypnose via l'utilisation de la VSABH-T. L'ensemble des résultats convergent et retrouvent une attitude intéressée favorable ainsi que des croyances positives de leur part. Au-delà du fait que l'hypnose ne leur semble pas dangereuse, ils rejettent l'idée qu'elle représenterait un outil marginal opérant par la simple influence d'un thérapeute sur une personne vulnérable et/ou crédule.

Ceci, mis en lien avec la demande croissante du grand public, nous pousse à penser que l'offre de soins en hypnothérapie est amenée à s'étendre dans les prochaines années. Afin d'éviter certaines dérives, il semblerait bénéfique qu'à l'avenir, la pratique de l'hypnose soit réglementée par les autorités de santé dans la mesure où elle est reconnue comme outil thérapeutique.

3.3 Interprétations et implications potentielles des principaux résultats des comparaisons inter-groupes

Nos objectifs secondaires étaient d'explorer et de comparer certaines caractéristiques définies susceptibles d'influencer les croyances et attitudes face à l'hypnose : le grade, la spécialisation, le type de pathologie majoritaire dans l'activité, le modèle psychothérapeutique préférentiel, le fait d'avoir été confronté à l'hypnose (et, le cas échéant, s'il existe une différence entre ceux ayant eu une expérience dans un cadre professionnel ou personnel) et - pour les personnes ayant une expérience personnelle - l'objectif de cette expérience (ludique ou thérapeutique).

Parmi l'ensemble de ces variables, deux ont été identifiées comme étant des facteurs d'influence significatifs des croyances et attitudes à l'égard de l'hypnose : l'antériorité d'une expérience de l'hypnose ($p < 0.001$) et le fait d'avoir l'hypnose en modèle psychothérapeutique préférentiel ($p = 0.0293$).

Plusieurs études ont déjà montré que la prise d'informations (dans le cadre d'une conférence ou par le biais de formulaires) modifiait positivement les croyances et attitudes des professionnels de santé (242,243) tout comme le niveau de connaissances à propos de l'hypnose (247). Nos résultats étayent ce constat, en particulier pour le groupe ayant choisi l'hypnothérapie comme modèle psychothérapeutique préférentiel.

Néanmoins, notre travail est le premier à élargir ce type de critère sous la forme empirique d'une « expérience » de l'hypnose quelle qu'elle soit. Il semble intéressant de constater que ce critère a montré une influence plus significative ($p < 0.001$) que « l'hypnose en tant que modèle psychothérapeutique préférentiel » ($p = 0.029$). Notre interprétation est qu'ici, l'expérience (dans un cadre professionnel comme personnel, que le but soit ludique ou thérapeutique) constitue une forme de connaissance empirique plus répandue que la formation théorique, qui modifie positivement les croyances. De manière plus spécifique, nos résultats tendent à montrer que toute expérience de l'hypnose renforcerait l'intérêt porté à cette discipline, la croyance en son utilité thérapeutique, l'idée que l'on conserve la maîtrise de soi sous hypnose et le rejet d'une vision « dangereuse » de l'hypnose.

Nous n'avons pas retrouvé de croyances significativement différentes entre les participants ayant personnellement expérimenté l'hypnose à visée ludique et ceux à visée thérapeutique. Cela nous porte à croire que, contrairement à ce que nous aurions postulé, l'expérience ludique (comme dans le cadre de l'hypnose de spectacle) modifierait favorablement les croyances et attitudes.

Il nous semble toutefois important de nuancer ces résultats par le fait que les participants ayant eu une expérience de l'hypnose sont probablement ceux qui étaient déjà les plus intéressés et les moins craintifs.

Ces résultats pourraient trouver des implications dans la formation au DES en psychiatrie en intégrant une formation systématique sous la forme d'une initiation pratique plutôt que théorique à l'hypnose.

Les résultats obtenus n'ont pas confirmé notre hypothèse selon laquelle les internes en cours de DES étaient susceptibles d'avoir une attitude plus favorable et des croyances plus positives vis-à-vis de l'hypnose que les psychiatres et addictologues thésés.

L'un des arguments sur lequel nous nous étions appuyés pour formuler cette hypothèse était la récence des formations universitaires à l'hypnose médicale. Nous avons alors supposé que les « docteurs » étaient restés sur une vision plus sceptique en raison d'une formation universitaire plus ancienne lors de leurs DES.

L'étude réalisée ne nous permet pas totalement d'infirmer cette hypothèse initiale en raison d'un biais de recrutement constaté dans le groupe « docteurs » : l'âge moyen dans ce groupe (36 ans) est largement inférieur à la moyenne nationale (53 ans) et l'expérience post-thèse médiane y est de trois ans seulement. Par conséquent, les formations universitaires reçues dans les groupes « internes » et « docteurs » ne diffèrent probablement que très peu.

Malgré la réalisation d'une méta-analyse ne retrouvant pas d'augmentation du risque de décompensation aiguë, la schizophrénie est souvent présentée comme une contre-indication à l'hypnose (223,224). Nous aurions pu nous attendre à retrouver une attitude plus réservée chez les participants prenant majoritairement en charge des patients souffrant de troubles psychotiques. Or, aucune différence significative n'a été objectivée ($p=0.381$). Il est possible que cette croyance soit aujourd'hui dépassée, ou que les effectifs se soient avérés trop petits et disséminés pour obtenir une puissance nécessaire à la détection d'une différence en fonction du type de pathologies majoritaires dans l'activité.

3.4 Perspectives générales de l'hypnose

Notre étude s'est centrée sur l'étude des attitudes et croyances à l'égard de l'hypnose. Afin d'approfondir cette question, nous avons tenté de mettre en rapport les connaissances actuelles issues des sciences médicales et des sciences humaines dont nous disposons. Nous avons pu constater que l'hypnose connaît actuellement un essor important, en particulier en médecine, et que les recherches sur le sujet se multiplient. Dans ce domaine, trois axes principaux nous semblent émerger de la littérature.

L'approche neuroscientifique est celle qui a permis d'objectiver l'existence même de l'hypnose. Grâce à la mesure des modifications de l'activité cérébrale liées au déroulement du processus hypnotique, les chercheurs ont pu en explorer certains des mécanismes qui le sous-

tendent et ainsi démontrer qu'il s'agissait d'un état de veille, impliquant le processus attentionnel et répondant à la définition d'un « état modifié de conscience ». Ainsi, sur cette base neurobiologique robuste, l'hypnose a connu un changement de paradigme : la question de la croyance, que l'on pouvait penser centrale, n'est aujourd'hui que l'une des variables accessoires d'un phénomène psychobiologique complexe. Néanmoins, cette approche présente certaines limites en lien avec une problématique récurrente dans les neurosciences : celle de la difficulté à traiter de manière objective un phénomène hautement subjectif tel que l'état de conscience. Pour trouver une pertinence clinique en intégrant cette notion de subjectivité, ces données ont été mises en commun avec les connaissances phénoménologiques issues des sciences humaines. Ainsi, la neurophénoménologie semble une voie pertinente et à encourager même si son caractère intrinsèquement interprétatif oblige à une lecture prudente des résultats obtenus. De manière générale, les travaux neuroscientifiques autour de l'hypnose doivent poursuivre leur développement car ceux-ci apportent systématiquement de nouveaux éléments de compréhension à un phénomène qui nous échappe encore partiellement.

La seconde approche retrouvée dans la littérature est celle qui tend vers une validation empirique de l'hypnothérapie. En effet, on retrouve un nombre croissant de publications traitant de l'efficacité de l'hypnose dans diverses indications somatiques et psychiatriques conduisant à la réalisation de plus en plus fréquente de méta-analyses. A ce jour en psychiatrie, l'hypnose semble avoir montré un niveau de preuve intermédiaire dans le traitement de l'ESPT, de la boulimie (ou hyperphagie boulimique) et dans le sevrage tabagique (avec une efficacité relativement faible). Néanmoins, cette démarche semble elle aussi se confronter à certaines limites.

En premier lieu, l'absence de définition critérielle de ce qu'est l'hypnothérapie d'un point de vue méthodologique : s'il existe des bases méthodologiques à l'utilisation de l'hypnose à des fins thérapeutiques, celles-ci s'avèrent extrêmement larges et suffisamment floues pour qu'il soit quasiment impossible de définir la limite à partir de laquelle un protocole entre ou sort du champ de l'hypnose. De plus, ce « flou » admet sous le terme « hypnose » une grande hétérogénéité des conceptions théoriques et des applications pratiques qui en sont faites. Le seul critère objectif commun dans la littérature sur le sujet est la présence du terme « hypnose » au sein de la publication : cela ne semble pas satisfaisant. Cette absence de

définition critérielle a également pour conséquence d'engendrer une impossibilité d'affirmer ou d'infirmer quoi que ce soit à propos de l'efficacité thérapeutique de l'hypnose en tant que telle. Dans le meilleur des cas, cette démarche ne peut permettre que la validation d'un protocole interventionnel spécifique se réclamant de l'hypnose.

Une autre limite à cette validation empirique réside dans le caractère « individualisé » et « non reproductible » de l'approche ericksonienne. En effet, l'individualisation et la non reproductibilité des séances sont des caractéristiques pouvant présenter une pertinence en pratique clinique, en particulier pour rendre accessible et efficiente l'hypnose à un plus grand nombre de patients. Cependant, à l'heure actuelle, la standardisation et la reproductibilité d'une intervention restent des critères essentiels à la réalisation d'essais cliniques ayant un niveau de preuve suffisant pour la valider empiriquement.

La démarche de validation empirique nous semble à l'heure actuelle enfermée dans une logique paradoxale dont elle ne peut sortir. La mise au point de critères méthodologiques définis exclurait fatalement les apports de la pratique d'Erickson et représenterait une perte importante en termes de pertinence clinique. Un niveau de preuve suffisant pour valider formellement l'efficacité de l'hypnose ne peut s'obtenir qu'avec cette mise au point.

Nous émettons donc certaines réserves par rapport à ces travaux.

La troisième approche ressortant au sein des recherches consacrées à l'hypnose propose une lecture pratique et théorique de l'hypnose dans un cadre intégratif. L'avènement du concept d'alliance thérapeutique - en tant que facteur prédictif du succès thérapeutique - dans les recherches sur les psychothérapies a induit la tendance actuelle qui est de rechercher un modèle intégratif.

Si la flexibilité méthodologique de l'hypnothérapie rend complexe le processus de validation empirique, celle-ci se révèle être un atout dans un cadre intégratif qui se doit d'englober une importante diversité d'approches complémentaires.

L'étude que nous avons réalisée montre la présence de croyances positives et d'une attitude favorable sur l'ensemble des participants, indépendamment de leur modèle psychothérapeutique préférentiel ou de leur spécialité. Ce travail étaye l'idée que l'hypnose doit être développée dans un cadre intégratif avant tout et qu'elle s'envisage plutôt comme une « méta-discipline » (14).

Plus largement encore, par les questions essentielles soulevées par l'hypnose dans l'étude des phénomènes d'influence interpersonnelle et d'état modifié de conscience, elle s'est déjà avérée en mesure d'offrir un cadre commun à des spécialités aussi diverses que l'anesthésie, l'algologie, la radiologie, la neurologie, la psychiatrie et les sciences humaines.

3.5 Limites

Les principaux biais méthodologiques de notre étude sont liés aux modalités de recrutement des participants et à la construction du formulaire de recueil des données socio-démographiques.

Nous avons relevé les biais de sélection suivants :

- nous avons utilisé un mode de diffusion via internet qui nous a permis de mener une étude sur le plan national à moindre coût. Comme nous l'avons précédemment souligné, ce mode de diffusion obtient un taux de réponse plus important de la part des destinataires jeunes et induit par conséquent un biais de sélection sur l'âge ;
- le choix de l'AJPJA dans les réseaux de diffusion a lui aussi induit un biais de sélection sur l'âge puisque les adhérents étaient tous des jeunes psychiatres et addictologues ;
- notre étude présente aussi un très probable biais de volontariat étant donné que l'on peut supposer que les participants ayant répondu étaient probablement les plus intéressés par le sujet et donc les plus susceptibles d'afficher une attitude favorable à l'égard de l'hypnose ;
- notre choix d'utiliser un réseau de destinataires départemental dans le but d'obtenir un nombre de réponse plus important a probablement induit un effet centre dont nous n'avons pas tenu compte dans l'analyse de nos données.

Nous relevons également que notre étude comporte un biais d'information lié à la conception du formulaire de recueil des données :

- notre formulaire comporte un biais de prévarication dans les questions concernant les personnes ayant une expérience de l'hypnose. La question du cadre de cette expérience était

un choix forcé entre « personnel » ou « professionnel » et les participants n'avait pas la possibilité de répondre « personnel et professionnel ». Nous relevons le même biais à la question suivante évaluant le but de l'expérience personnelle : « ludique » ou « thérapeutique ». Cette erreur est à mettre sur le compte d'un défaut de conception que nous n'avons malheureusement pas pu rectifier au cours de la phase de recueil des données.

Au total, les résultats de ce premier travail sur les croyances et attitudes des psychiatres et addictologues à l'égard de l'hypnose en France ne peuvent être généralisés à l'ensemble des praticiens. L'âge relativement jeune des participants ne permet pas de nous prononcer en ce qui concerne les professionnels de plus de 40 ans. Celui-ci a néanmoins confirmé notre hypothèse selon laquelle ces professionnels avaient des croyances adaptées et une attitude favorable vis-à-vis de l'hypnose. Nos résultats sont en accord avec ceux retrouvés dans la littérature.

Cette étude montre également qu'une expérience de l'hypnose – à priori quel qu'en soit le contexte ou le but – modifie positivement les croyances associées chez les participants. Il existerait donc un bénéfice à intégrer une formation courte à l'hypnose axée sur la pratique. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les croyances des internes en cours de DES de psychiatrie et celles des jeunes psychiatres et addictologues français. Ceci montre, tout au moins, qu'une attitude favorable associée à des représentations positives de l'hypnose s'est installée depuis plusieurs années en France. Par conséquent, leurs croyances et attitudes n'apparaissent pas ici comme un frein au développement de l'offre de soins en hypnothérapie dans ces disciplines.

Toujours est-il qu'à la différence de l'anesthésie, la psychiatrie peine à trouver une place définie à l'hypnose au sein de sa pratique clinique. Devant un nombre croissant de recherches empruntant diverses directions, il nous semble nécessaire de nourrir une réflexion sur l'orientation que doivent prendre ces travaux pour qu'à l'avenir l'hypnose puisse continuer à se développer dans la psychiatrie. La voie qui nous semble la plus crédible et pertinente à l'heure actuelle est celle dans laquelle l'hypnose est envisagée comme un modèle intégratif dans lequel elle n'est pas réduite à une simple technique psychothérapeutique.

CONCLUSION

Conclusion

Les croyances négatives liées à l'hypnose constituent, pour une bonne partie d'entre elles, l'héritage des conflits du XVIII^{ème} siècle dont la pratique du magnétisme par Mesmer a fait l'objet. Toutefois, l'évolution de cette discipline et sa réintégration dans un cadre scientifique semblent avoir modifié ces croyances. Actuellement, l'hypnose semble avoir la faveur du grand public qui se montre favorable au développement de cette pratique dans le milieu médical. Devant le peu de données disponibles sur les croyances et attitudes des professionnels de santé, nous avons réalisé une étude explorant ces caractéristiques chez les psychiatres et addictologues.

Il ressort de ce travail que les psychiatres et addictologues français présentent des croyances adaptées positives et manifestent une attitude favorable à l'égard de l'hypnose. Partant de ce constat, de la demande croissante des patients (actuellement en quête de thérapies alternatives à la médecine « conventionnelle ») et du développement des formations universitaires, l'offre de soin en hypnose est amenée à s'étendre. Dans ce contexte, il semblerait opportun que les autorités sanitaires encadrent cette discipline en réglementant la formation et la pratique à des fins thérapeutiques.

Notre travail a également démontré qu'« avoir déjà eu une quelconque expérience vis-à-vis de l'hypnose » engendre des croyances de meilleure qualité et une attitude significativement plus favorable.

Cette remarque laisse penser qu'il existerait un bénéfice à inclure une initiation pratique à l'hypnose dans la formation générale du DES de psychiatrie.

Dans une considération plus globale, nous retrouvons trois axes de recherche principaux qui permettent d'envisager certaines perspectives concernant les développements à venir autour de l'hypnose : 1) les recherches en neurosciences, 2) les travaux orientés vers une validation empirique de l'hypnothérapie et 3) le développement d'une lecture en tant que modèle intégratif.

L'approche neuroscientifique a offert un apport conséquent à l'hypnose et a permis d'entériner le débat sur l'existence même de l'hypnose. Grâce à elle, nous savons aujourd'hui

qu'il s'agit d'un état de veille impliquant le processus attentionnel et répondant à la définition d'un « état modifié de conscience ». Néanmoins, cette approche est limitée par la difficulté qu'elle a de traiter objectivement un phénomène hautement subjectif tel que l'état de conscience. Pour trouver une pertinence clinique, ces données doivent être mises en commun avec les connaissances phénoménologiques issues des sciences humaines. Le développement de la neurophénoménologie semble une voie pertinente, même si son caractère intrinsèquement interprétatif oblige à une lecture prudente des résultats obtenus. À l'avenir, les progrès constants réalisés en neurosciences, en particulier dans l'étude de la conscience, sont susceptibles d'apporter de nouveaux éléments dans la compréhension que nous avons de l'hypnose et ces travaux doivent être encouragés.

L'approche qui tend à la validation empirique de l'hypnothérapie semble quant à elle se confronter à deux difficultés majeures.

La première réside dans l'absence de définition méthodologique critérielle de ce qu'est un traitement par hypnose. Ce « flou » admet sous le terme « hypnose » une grande hétérogénéité des conceptions théoriques et applications pratiques qui en sont faites. Actuellement, le seul critère objectif commun dans la littérature est l'utilisation du terme « hypnose ». Dans ce contexte, la réalisation même de méta-analyses nous paraît discutable. La seconde raison que nous voyons comme une limite à cette approche réside dans le caractère « individualisé » et « non reproductible » de l'approche ericksonienne. Or la standardisation et la reproductibilité restent actuellement des critères nécessaires à la réalisation d'essais cliniques qui permettraient d'avoir un niveau de preuve suffisant pour valider empiriquement une intervention.

La revue de la littérature réalisée sur l'efficacité de l'hypnose en psychiatrie conduit à des doutes concernant la démarche de validation empirique qui se trouve enfermée dans un paradoxe de taille. D'un côté, la mise au point de critères méthodologiques définis exclurait fatalement les apports de la pratique d'Erickson et représenterait une perte importante en termes de pertinence clinique. De l'autre, maintenir cette absence de critère ne permettrait pas d'obtenir un niveau de preuve suffisant pour valider formellement l'efficacité de l'hypnose.

Le troisième axe de recherche propose une lecture de la pratique de l'hypnose dans un cadre intégratif. Depuis la reconnaissance de l'alliance thérapeutique en tant que facteur

majeur impactant le succès thérapeutique de l'ensemble des psychothérapies, une tendance s'observe : la recherche d'un modèle intégratif commun capable de proposer une lecture unifiée de l'ensemble des modèles psychothérapeutiques. La « flexibilité » méthodologique de l'hypnose, qui entrave son développement dans un processus expérimental en psychiatrie, en fait précisément un modèle intégratif pertinent en mesure d'assimiler les connaissances neuroscientifiques dont nous disposons. Notre travail soutient l'idée qu'il faut développer une vision intégrative de l'hypnose.

Clermont-Ferrand, le 12-10-18
Pierre CLAVELOU
Doyen - Directeur



Clermont-Ferrand, le 8/10/18
Le Président du Jury


Annexes

Annexe 1 : formulaire de recueil des données socio-démographique et socio-professionnelles

A l'heure actuelle, l'hypnose connaît un regain d'intérêt au sein de la communauté scientifique, en particulier dans le domaine médical. Son intérêt dans le champ de la psychiatrie est en cours d'évaluation et sa pratique reste à l'heure actuelle assez marginale en psychothérapie. Les croyances associées à l'hypnose pourraient constituer l'un des freins à son développement en psychiatrie : celles-ci étant susceptibles d'induire des attitudes défavorables à son égard. Dans le cadre de notre travail de thèse nous nous sommes intéressés à cette hypothèse en proposant l'auto-questionnaire qui va suivre, afin de nous permettre d'explorer les croyances et attitudes actuelles des psychiatres vis-à-vis de l'hypnose en France. Merci par avance de prendre ces quelques minutes pour y répondre.

Année de naissance :

Sexe :

- Homme*
- Femme*

Ville où vous exercez (code postal) :

Niveau actuel d'exercice :

- Interne en DES de psychiatrie (année de DES en cours :*)
- Psychiatre en psychiatrie adulte (année d'obtention de la thèse :)*
- Pédopsychiatre (année d'obtention de la thèse :)*
- Addictologue (année d'obtention de la thèse :)*
- Autre :*

Type de pratique :

- Activité libérale*
- Activité publique*
- Activité mixte (publique/privée)*

Principale modalité de prise en charge de vos patients

- Ambulatoire*
- Hospitalier*
- Hospitalier et ambulatoire (à proportion égale)*

Quel est le type de pathologies que vous prenez majoritairement en charge ?

- Troubles psychotiques*
- Troubles de l'humeur*
- Troubles anxieux*
- Addictions*
- Autres :*

Modèle psychothérapeutique préférentiel :

- Thérapie cognitivo-comportementale*
- Psychodynamique*
- Entretien motivationnel*
- Thérapie systémique*
- Mindfulness*
- EMDR*
- Thérapie stratégique*
- Hypnose*
- Je n'ai pas de modèle psychothérapeutique préférentiel*
- Autre :*

Avez-vous déjà eu une expérience vis-à-vis de l'hypnose ?

- Non*
- Oui*

Si oui :

- Dans un cadre personnel*
- Dans un cadre professionnel*

Si personnel :

- A visée ludique*
- A visée thérapeutique*

Annexe 2 : version originale de la VSABH-T

THE VALENCIA SCALE ON ATTITUDES AND BELIEFS TOWARD HYPNOSIS-THERAPIST

Next you will find certain questions that will help inform us about your opinion regarding hypnosis. It is not necessary for you to have previous experience with regard to the questions being asked; rather, it is important that you consider what could happen in certain situations.

Please indicate the degree to which you agree with the following statements by circling the number that best reflects your opinion, based on the scale presented below:

1. Completely disagree
2. Disagree considerably
3. Disagree
4. Agree
5. Agree considerably
6. Completely agree

PLEASE REMEMBER THAT THERE ARE NO CORRECT OR INCORRECT ANSWERS, AS WE ARE ONLY TRYING TO GET AN IDEA OF YOUR OPINION

1. Hypnosis can be very helpful to my clients.....1 2 3 4 5 6
2. Hypnosis implies effortful cooperation between the person performing the hypnosis and the client.....1 2 3 4 5 6
3. The client must be in a hypnotic trance in order to fulfill the goals of the intervention1 2 3 4 5 6
4. I am fearful about hypnosis..... 1 2 3 4 5 6
5. Under hypnosis, achievements can be reached without any effort on the part of the client1 2 3 4 5 6
6. Hypnosis can be used as a magical solution to my client's problem. ;;;;;;;;;;;.....1 2 3 4 5 6
7. I believe that, under hypnosis, a person is like an automaton at the mercy of the individual who is doing the hypnosis.....1 2 3 4 5 6
8. Hypnosis requires effort on the part of the person being hypnotized1 2 3 4 5 6
9. Hypnosis is all that is necessary in treating most of my clients' problems1 2 3 4 5 6
10. Hypnosis can be very helpful in improving the efficacy of treatments for which it serves as an adjunct.....1 2 3 4 5 6
11. A hypnotized person is passive.....1 2 3 4 5 6
12. Hypnosis is a complement or a tool for improving psychological therapy.....1 2 3 4 5 6
13. In order to hypnotize a person, his or her collaboration is necessary1 2 3 4 5 6
14. A hypnotized person may "come out" of hypnosis whenever he or she wishes.....1 2 3 4 5 6
15. Under hypnosis, a person maintains his or her volition, in terms of doing whatever he or she wants.....1 2 3 4 5 6
16. Hypnosis is a safe technique and poses few risks.....1 2 3 4 5 6
17. Hypnosis enhances one's capacity for self-control.....1 2 3 4 5 6
18. I am afraid that a client could get "stuck" in a hypnotic trance.....1 2 3 4 5 6
19. I believe that under hypnosis, it is possible to lose control over oneself1 2 3 4 5 6
20. I believe that hypnosis is inherently dangerous.....1 2 3 4 5 6
21. Everything that occurs under hypnosis is caused by the hypnotized person.....1 2 3 4 5 6
22. Under hypnosis, people can be forced to do things that they do not want to.....1 2 3 4 5 6

23. Hypnosis facilitates therapeutic success.....1 2 3 4 5 6
24. If people do not agree with a suggestion, they may ignore it completely1 2 3 4 5 6
25. People who are hypnotized maintain control over themselves.....1 2 3 4 5 6
26. I would like to be hypnotized.....1 2 3 4 5 6
27. I would allow myself to be hypnotized if the opportunity presented itself1 2 3 4 5 6
28. I would like to be very hypnotizable.....1 2 3 4 5 6
29. One learns more quickly under hypnosis.....1 2 3 4 5 6
30. What is recalled under hypnosis is always the truth.....1 2 3 4 5 6
31. It is impossible to lie under hypnosis, even if the person who is hypnotized wants to do so.....1 2 3 4 5 6
32. One way of confirming whether an event occurred is if a person recalls it under hypnosis.....1 2 3 4 5 6
33. Hypnosis involves a trance state.....1 2 3 4 5 6
34. Hypnosis developed external to the scope of scientific investigation1 2 3 4 5 6
35. In general, some of the fundamental characteristics of persons who are highly hypnotizable include: gullibility, ignorance, and psychological dependence1 2 3 4 5 6
36. A person who is hypnotized appears dissociated.....1 2 3 4 5 6
37. Hypnosis is a complement to or a tool for improving medical treatments1 2 3 4 5 6

Annexe 3 : traduction française de la VSABH-T

Echelle de Valence sur les attitudes et croyances vis-à-vis de l'hypnose-version thérapeute

Les questions qui vont suivre nous aiderons à connaître vos opinions sur l'hypnose. Il n'est pas nécessaire que vous ayez une quelconque expérience pour répondre aux questions ; il s'agit plutôt de connaître votre avis sur ce qui pourrait arriver dans certaines situations. Veuillez indiquer votre degré d'adhésion aux différentes propositions en cochant le nombre le plus proche de votre opinion, selon l'échelle :

- 1 : pas du tout d'accord
- 2 : pas d'accord
- 3 : plutôt pas d'accord
- 4 : plutôt d'accord
- 5 : d'accord
- 6 : tout à fait d'accord

Sachez qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses étant donné que nous évaluons simplement vos opinions

- 1.L'hypnose peut s'avérer très utile à mes patients.....1-2-3-4-5-6
- 2.L'hypnose implique un effort de coopération entre le thérapeute et le patient1-2-3-4-5-6
- 3.Le patient doit être en transe hypnotique pour atteindre les objectifs de l'intervention1-2-3-4-5-6
- 4.L'hypnose me fait peur.....1-2-3-4-5-6
- 5.Sous hypnose, la réussite peut se faire sans effort de la part du patient.....1-2-3-4-5-6
- 6.L'hypnose peut être utilisé comme une solution magique aux problèmes de mes patients.....1-2-3-4-5-6
- 7.Je crois que, sous hypnose, la personne se comporte comme un automate à la merci de celui qui pratique l'hypnose.....1-2-3-4-5-6
- 8L'hypnose implique un effort de la part de la personne hypnotisée.....1-2-3-4-5-6
- 9.L'hypnose suffit à traiter la plupart des problèmes de mes patients.....1-2-3-4-5-6
- 10.L'hypnose peut être très utile pour améliorer l'efficacité des traitements pour lesquels elle agit en adjonction.....1-2-3-4-5-6
- 11.La personne hypnotisée est passive.....1-2-3-4-5-6
- 12.L'hypnose est un complément ou un outil pour améliorer l'efficacité des autres psychothérapies.....1-2-3-4-5-6
- 13.Pour hypnotiser quelqu'un, sa collaboration est nécessaire.....1-2-3-4-5-6
- 14.La personne sous hypnose peut « sortir » de cet état quand elle le souhaite.....1-2-3-4-5-6

15.Sous hypnose, la personne possède toujours sa volonté propre, dans le sens où elle peut faire ce qu'elle veut.....	1-2-3-4-5-6
16.L'hypnose est une technique sûre même si elle présente quelques risques.....	1-2-3-4-5-6
17.L'hypnose améliore ses propres capacités de self-control.....	1-2-3-4-5-6
18.J'ai peur qu'un patient puisse rester « bloqué » dans un état de transe hypnotique.....	1-2-3-4-5-6
19.Je crois que, sous hypnose, il est possible de perdre toute maîtrise de soi.....	1-2-3-4-5-6
20.Je crois que l'hypnose est intrinsèquement dangereuse.....	1-2-3-4-5-6
21.Tout ce qui se produit sous hypnose provient de la personne hypnotisée.....	1-2-3-4-5-6
22.Sous hypnose, les gens peuvent être forcé à faire des choses qu'ils ne souhaitent pas faire.....	1-2-3-4-5-6
23.L'hypnose facilite le succès thérapeutique.....	1-2-3-4-5-6
24.Si les gens ne sont pas d'accord avec une proposition, ils peuvent l'ignorer totalement.....	1-2-3-4-5-6
25.Les personnes hypnotisées maintiennent le contrôle sur elle-même.....	1-2-3-4-5-6
26.J'aimerais bien être hypnotisé.....	1-2-3-4-5-6
27.J'accepterais d'être hypnotisé si l'opportunité se présente.....	1-2-3-4-5-6
28.J'aimerais bien être fortement hypnotisable.....	1-2-3-4-5-6
29.On apprend plus rapidement sous hypnose.....	1-2-3-4-5-6
30.Ce dont on se souvient sous hypnose est toujours la vérité.....	1-2-3-4-5-6
31.Il est impossible de mentir sous hypnose, même on le souhaite.....	1-2-3-4-5-6
32.On peut confirmer qu'un évènement s'est produit si la personne s'en rappelle sous hypnose.....	1-2-3-4-5-6
33.L'hypnose implique un état de transe.....	1-2-3-4-5-6
34.L'hypnose s'est développée en dehors du champ de la recherche scientifique.....	1-2-3-4-5-6
35.En générale, parmi les principales caractéristiques des personnes hautement hypnotisables, on retrouve : une crédulité, une ignorance et une dépendance psychologique.....	1-2-3-4-5-6
36.Une personne sous hypnose apparait dissociée.....	1-2-3-4-5-6
37.L'hypnose est un complément ou un outil pour améliorer l'efficacité des traitements médicaux.....	1-2-3-4-5-6

Références

1. Salem G. Introduction. In: Salem G, Bonvin É, éditeurs. Soigner Par L'hypnose (Cinquième Édition) [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2012 [cité 18 juill 2018]. p. XV-XVII. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294713378000277>
2. Landry M, Lifshitz M, Raz A. Brain correlates of hypnosis: A systematic review and meta-analytic exploration. *Neurosci Biobehav Rev.* oct 2017;81:75-98.
3. De Benedittis G. Neural mechanisms of hypnosis and meditation. *J Physiol-Paris.* déc 2015;109(4-6):152-64.
4. Faymonville ME, Meurisse M, Fissette J. Hypnosedation: a valuable alternative to traditional anaesthetic techniques. *Acta Chir Belg.* août 1999;99(4):141-6.
5. Kupers R, Faymonville M-E, Laureys S. The cognitive modulation of pain: hypnosis- and placebo-induced analgesia. *Prog Brain Res.* 2005;150:251-69.
6. Chabridon G, Nekrouf N, Bioy A. État des lieux des pratiques actuelles de l'hypnose au sein des centres hospitaliers universitaires français. *L'Encéphale.* oct 2017;43(5):498-501.
7. ANAES. ANAES prise en charge douleur aigue [Internet]. 2000 [cité 23 juill 2018]. Disponible sur: https://www.pediadol.org/IMG/pdf/ANAES_prise_en_charge_douleur_aigue.pdf
8. Karine P. Haute Autorité de santé. 2017;47.
9. Wispelaere D. Les médecines alternatives. :7.
10. Sucala M, Schnur JB, Glazier K, Miller SJ, Green JP, Montgomery GH. Hypnosis—There's an App for That: A Systematic Review of Hypnosis Apps. *Int J Clin Exp Hypn.* 1 oct 2013;61(4):463-74.
11. BONTOUX D, COUTURIER D, MENKÈS C-J. THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins. :31.
12. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. :213.
13. Salem G. Chapitre 2 - La transe hypnotique. In: Salem G, Bonvin É, éditeurs. Soigner Par L'hypnose (Cinquième Édition) [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2012 [cité 23 juill 2018]. p. 17-27. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294713378000022>
14. Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose? Editions de Minuit; 1994. 187 p.

15. Michaux D. La représentation sociale de l'hypnose : conséquences sur la connaissance et la pratique de l'hypnose, Resumé, The social representations of hypnosis: effects on the knowledge and practice of hypnosis. *Perspect Psy.* 2005;Vol. 44(5):341-5.
16. Krouwel M, Jolly K, Greenfield S. What the public think about hypnosis and hypnotherapy: A narrative review of literature covering opinions and attitudes of the general public 1996–2016. *Complement Ther Med.* 1 juin 2017;32:75-84.
17. Capafons A, Morales C, Espejo B, Cabañas S. [Exploratory factor analysis and psychometric properties of the Valencia Scale on attitudes and beliefs toward hypnosis]. *Psicothema.* nov 2006;18(4):810-5.
18. Capafons A, Espejo B, Mendoza ME. Confirmatory factor analysis of the Valencia Scale on Attitudes and Beliefs toward Hypnosis, Therapist version. *Int J Clin Exp Hypn.* juill 2008;56(3):281-94.
19. Salem G. Chapitre 1 - Survol historique. In: Salem G, Bonvin É, éditeurs. *Soigner Par L'hypnose (Cinquième Édition)* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2012 [cité 25 juill 2018]. p. 1-16. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294713378000010>
20. Jean Clottes. *Les Chamanes de la préhistoire*, Jean Clottes, Sciences humaines - Seuil [Internet]. [cité 25 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.seuil.com/ouvrage/les-chamanes-de-la-prehistoire-jean-clottes/9782757851517>
21. Gascon L. *L'hypnose médicale: du sommeil à l'éveil.* 2007.
22. Durand J-P (de G. Cours théorique et pratique de braidisme ou hypnotisme nerveux, considéré dans ses rapports avec la psychologie, la physiologie et la pathologie, et dans ses applications à la médecine, à la chirurgie, à la médecine légale et à l'éducation, par le Dr J.-P. Philips, suivi de la relation des expériences faites par le professeur devant ses élèves et de nombreuses observations par les Drs Azam, Braid, Broca, Carpenter, Cloquet, Demarquay, Esdaile,... [Internet]. 1860 [cité 25 juill 2018]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5685933p>
23. Grillo de Givry, Paracelse. *Œuvres médicales choisies, Des maladies invisibles et de leurs causes (Von den unsichtbaren Kranckheiten, 1532).* 1968.

24. Rapport des commissaires chargés par le Roi de l'examen du magnétisme animal , imprimé par ordre du Roi [Internet]. 1784 [cité 26 juill 2018]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6367286z>
25. Traité d'hypnothérapie [Internet]. 2018 [cité 26 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/traite-d-hypnotherapie-fondements-methodes-applications>
26. GEAMH, Collot E. L'alliance thérapeutique: Fondements et mise en oeuvre. Dunod; 2011. 256 p.
27. Braid J (1795?-1860). Neurypnology, or The rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism : illustrated by numerous cases of its successful application in the relief and cure of disease / by James Braid,... :294.
28. Bioy A, Crocq L, Bachelart M. Origine, conception actuelle et indications de l'hypnose. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. nov 2013;171(9):658-61.
29. Collectif, Benhaiem J-M. L'hypnose médicale. 2e édition. Paris: Med-Line Editions; 2012. 252 p.
30. Bouchara C. Charcot, une vie avec l'image. Paris: Philippe Rey; 2013. 240 p.
31. Janet P (1859-1947) A du texte. Névroses et idées fixes. 1, Etudes expérimentales sur les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire, sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement / par le Dr. Pierre Janet,... [Internet]. 1898 [cité 27 juill 2018]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76955m>
32. Saillot I. Grand angle : le concept de dissociation de Janet à aujourd'hui, dérive et écueil. Eur J Trauma Dissociation. déc 2017;1(4):211-6.
33. Cottraux J. Les psychothérapies comportementales et cognitives. 5e édition. Elsevier Masson; 2011. 384 p.
34. Cottraux J. Visiteurs du soi (Les): À quoi servent les psys ? Odile Jacob; 2004. 350 p.
35. Bioy A. Sigmund Freud et l'hypnose : une histoire complexe. Perspect Psy. avr 2008;47(2):171-84.
36. Kline MV. Freud and hypnosis: A reevaluation. Int J Clin Exp Hypn. 1 oct 1972;20(4):252-63.
37. Freud S. Résultats, Idées Problèmes T2 1921-1938. Paris: Presses Universitaires de France; 2001.

38. Freud S. Ma vie et la psychanalyse. Psychanalyse et médecine. Paris: Gallimard; 1968. 192 p.
39. L'alliance thérapeutique [Internet]. 2018 [cité 26 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/alliance-therapeutique-fondements-et-mise-en-oeuvre>
40. Freud S, Sandler J. L'analyse avec fin et l'analyse sans fin. Paris: Bayard Jeunesse; 1994. 230 p.
41. Schultz JH. Le training autogène: Méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative. Essai pratique et clinique. Presses Universitaires de France; 2018. 583 p.
42. Cocks G. La Psychothérapie sous le IIIe Reich: l'Institut Göring. Les Belles Lettres; 1987. 443 p.
43. Haley J, Cayrol A, Robert F. Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson. Paris: Desclée de Brouwer; 2007. 380 p.
44. Hull CL. Hypnosis and suggestibility : an experimental approach [Internet]. New York ; London : D. Appleton-Century Company; 1933 [cité 28 juill 2018]. Disponible sur: <https://trove.nla.gov.au/version/10570985>
45. Ph.D JEH, Ph.D HJC. Hypnosis and Suggestibility: An Experimental Approach. Clark H. Hull. Carmarthen, Wales: Crown House Publishing. 2002. (Originally Published 1933). Am J Clin Hypn. 1 janv 2004;46(3):258-61.
46. Moreni A, Barber A. Origines et histoire de l'hypnose. Kinésithérapie Rev. 1 juin 2015;15(162):14-9.
47. Nardone G, Watzlawick P. Stratégie de la thérapie brève. Paris: Points; 2015. 352 p.
48. La double contrainte [Internet]. 2008 [cité 28 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-double-contrainte--9782804157135.htm>
49. Frankel F. Weitzenhoffer, André (1989). The Practice of Hypnotism. Vol. 1 - Traditional and Semi-Traditional Techniques and Phenomenology; Vol. 2 - Applications of Traditional and Semi-Traditional Hypnotism. Non-Traditional Hypnotism. New York: John Wiley & Sons, pp. 428 (Vol. 1) & 339 (Vol. 2). Am J Clin Hypn. 1 juill 1990;33(1):64-6.
50. Hilgard ER. THE PROBLEM OF DIVIDED CONSCIOUSNESS: A NEODISSOCIATION INTERPRETATION*. Ann N Y Acad Sci. 16 déc 2006;296(1):48-59.
51. Chertok L. Le non-savoir des psy. Payot. Paris: Payot; 1979. 279 p.

52. Defechereux T, Degauque C, Fumal I, Faymonville ME, Joris J, Hamoir E, et al. L'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Étude prospective randomisée. *Ann Chir.* 1 juill 2000;125(6):539-46.
53. Price DD, Brushnelle MC. The neurophenomenology of hypnosis and hypnotic analgesia; Psychological methods of pain control: Basic science and clinical perspectives. *Prog Pain Res Manage.* 1 janv 2004;29:235-67.
54. Lifshitz M, P Cusumano E, Raz A. Hypnosis as Neurophenomenology. *Front Hum Neurosci.* 15 août 2013;7:469.
55. Rainville P. Neurophénoménologie des états et des contenus de conscience dans l'hypnose et l'analgésie hypnotique. *Théologiques.* 2004;12(1-2):15.
56. Watson NV, Rosenzweig MR, Breedlove SM. Psychobiologie - De la biologie du neurone aux neurosciences comportementales, cognitives et cliniques. 6e édition. Bruxelles: DE BOECK UNIVERSITE; 2015. 752 p.
57. Siegel J. The Neurobiology of Sleep. *Semin Neurol.* sept 2009;29(04):277-96.
58. M. Jouvet, F. Michel, J. Courjon. Sur un stade d'activité électrique cérébrale rapide au cours du sommeil physiologique. 1959 [cité 31 juill 2018]; Disponible sur: http://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/jouvet/cras_59-1/sommaire.php
59. Saper CB. The Neurobiology of Sleep. *Contin Lifelong Learn Neurol.* févr 2013;19(1):19.
60. Prohl J. R. A. Wever: The Circadian System of Man, Results of Experiments under Temporal Isolation. XII und 276 Seiten, 181 Abb. Springer Verlag, New York, Heidelberg, Berlin (West) 1979. Preis: 98,— DM. *Food Nahr.* 1 janv 1981;25(7):708-9.
61. Stahl S-M, Muntner N, Lemoine P. Psychopharmacologie essentielle : Bases neuroscientifiques et applications pratiques. 4e édition. Paris: Médecine Sciences Publications; 2015. 608 p.
62. Luppi P-H, Clément O, Sapin E, Gervasoni D, Peyron C, Léger L, et al. The neuronal network responsible for paradoxical sleep and its dysfunctions causing narcolepsy and rapid eye movement (REM) behavior disorder. *Sleep Med Rev.* 1 juin 2011;15(3):153-63.
63. Akiki TJ, Averill CL, Wrocklage KM, Scott JC, Averill LA, Schweinsburg B, et al. Default mode network abnormalities in posttraumatic stress disorder: A novel network-restricted topology approach. *NeuroImage.* août 2018;176:489-98.

64. Yi D, Choe YM, Byun MS, Sohn B, Seo E, Han J, et al. Differences in Functional Brain Connectivity Alterations Associated with Cerebral Amyloid Deposition in Amnesic Mild Cognitive Impairment. *Front Aging Neurosci.* 19 févr 2015;7:15.
65. Naccache PL. Consciences et perturbations de la conscience : approche expérimentale Mardi 5 avril 201. 2011;21.
66. Borbély AA. Refining sleep homeostasis in the two-process model. *J Sleep Res.* 1 mars 2009;18(1):1-2.
67. Lu J, Sherman D, Devor M, Saper CB. A putative flip–flop switch for control of REM sleep. *Nature.* juin 2006;441(7093):589-94.
68. Maquet P, Laureys S, Peigneux P, Fuchs S, Petiau C, Phillips C, et al. Experience-dependent changes in cerebral activation during human REM sleep. *Nat Neurosci.* août 2000;3(8):831-6.
69. Jenkins JG, Dallenbach KM. Obliviscence during Sleep and Waking. *Am J Psychol.* 1924;35(4):605-12.
70. James W. *The Principles Of Psychology* -. Read Books Ltd; 2013. 528 p.
71. Eysenck HJ. Perception and communication: D.E. Broadbent: Pergamon Press, London, 1958, pp. 338. 55s. *J Psychosom Res.* 1 déc 1959;4(2):140-1.
72. Hillyard SA, Hink RF, Schwent VL, Picton TW. Electrical Signs of Selective Attention in the Human Brain. *Science.* 12 oct 1973;182(4108):177-80.
73. Hopfinger JB, Mangun GR. REFLEXIVE ATTENTION MODULATES PROCESSING OF VISUAL STIMULI IN HUMAN EXTRASTRIATE CORTEX. *Psychol Sci.* nov 1998;9(6):441-7.
74. Moran J, Desimone R. Selective attention gates visual processing in the extrastriate cortex. *Science.* 23 août 1985;229(4715):782-4.
75. Sapir A, Soroker N, Berger A, Henik A. Inhibition of return in spatial attention: direct evidence for collicular generation. *Nat Neurosci.* déc 1999;2(12):1053-4.
76. Robinson DL, Petersen SE. The pulvinar and visual salience. *Trends Neurosci.* 1 avr 1992;15(4):127-32.
77. Bisley JW, Goldberg ME. Neural Correlates of Attention and Distractibility in the Lateral Intraparietal Area. *J Neurophysiol.* 1 mars 2006;95(3):1696-717.

78. Seeley WW, Menon V, Schatzberg AF, Keller J, Glover GH, Kenna H, et al. Dissociable Intrinsic Connectivity Networks for Salience Processing and Executive Control. *J Neurosci*. 28 févr 2007;27(9):2349-56.
79. Uddin LQ. Chapter 2 - Anatomy of the Salience Network. In: Uddin LQ, éditeur. *Salience Network of the Human Brain* [Internet]. San Diego: Academic Press; 2017 [cité 9 août 2018]. p. 5-10. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128045930000023>
80. CONSCIENCE : Définition de CONSCIENCE [Internet]. [cité 20 août 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/conscience>
81. Valente M, Naccache L. Importance des potentiels évoqués cognitifs chez les patients non communicants. *Neurophysiol Clin*. 1 déc 2017;47(5):358-9.
82. Laureys S, Owen AM, Schiff ND. Brain function in coma, vegetative state, and related disorders. *Lancet Neurol*. 1 sept 2004;3(9):537-46.
83. Laureys S, Goldman S, Phillips C, Van Bogaert P, Aerts J, Luxen A, et al. Impaired Effective Cortical Connectivity in Vegetative State: Preliminary Investigation Using PET. *NeuroImage*. 1 avr 1999;9(4):377-82.
84. Dehaene S, Changeux J-P, Naccache L. The Global Neuronal Workspace Model of Conscious Access: From Neuronal Architectures to Clinical Applications. In: Dehaene S, Christen Y, éditeurs. *Characterizing Consciousness: From Cognition to the Clinic?* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2011 [cité 20 août 2018]. p. 55-84. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-18015-6_4
85. Larousse É. Définitions : hypnose - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hypnose/41134>
86. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. HYPNOSE : Définition de HYPNOSE [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/hypnose>
87. Christensen C, Gwozdziwycz N. Revision of the APA Division 30 Definition of Hypnosis. *Am J Clin Hypn*. 7 avr 2015;57:448-51.
88. CHRISTENSEN CC. Preferences for Descriptors of Hypnosis: A Brief Communication. *Int J Clin Exp Hypn*. 1 juill 2005;53(3):281-9.

89. Weitzenhoffer AM, Hilgard ER. STANFORD HYPNOTIC SUSCEPTIBILITY SCALE, FORM C. :56.
90. Bioy A, Servillat T. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Malakoff: Dunod; 2017. 288 p.
91. G. Salem. Communication et hypnose. Soigner Par Hypn. 1 janv 2012;28-42.
92. G. Salem. 36 outils. Soigner Par Hypn. 1 janv 2012;95-156.
93. Le code éthique de la CFHTB - CFHTB [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.cfhtb.org/confederation/le-code-ethique-de-la-cfhtb/>
94. Malarewicz J-A, Benoit J-C. Cours d'hypnose clinique : Etudes éricksoniennes. 7e édition. Issy-les-Moulineaux: ESF Editeur; 2015. 224 p.
95. G. Salem. Les techniques hypnotiques. Soigner Par Hypn. 1 janv 2012;43-55.
96. Vrânceanu R, Vertan C, Condorovici R, Florea L, Florea C. A fast method for detecting eye accessing cues used in Neuro-Linguistic Programming. 2011 IEEE 7th Int Conf Intell Comput Commun Process. août 2011;225-9.
97. Mann S, Vrij A, Nasholm E, Warmelink L, Leal S, Forrester D. The Direction of Deception: Neuro-Linguistic Programming as a Lie Detection Tool. J Police Crim Psychol. 1 oct 2012;27(2):160-6.
98. Einspruch EL, Forman BD. Observations concerning research literature on neuro-linguistic programming. J Couns Psychol. oct 1985;32(4):589-96.
99. Sharpley CF. Predicate matching in NLP: A review of research on the preferred representational system. J Couns Psychol. avr 1984;31(2):238-48.
100. Iacoboni M. Imitation, empathy, and mirror neurons. Annu Rev Psychol. 2009;60:653-70.
101. Watzlawick P. Le langage du changement. Eléments de communication thérapeutique. Paris: Points; 2014. 192 p.
102. Watzlawick P, Weakland J h, Fisch R. Changements. Paradoxes et psychothérapie. Points; 2014. 192 p.
103. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel - 2e éd. - Aider la personne à engager le changement. 2e édition. Paris: InterEditions; 2013. 448 p.
104. Zeig JK, éditeur. Teaching Seminar With Milton H. Erickson. 1 edition. Routledge; 2013. 385 p.

105. Brosseau G, Bioy A. L'hypnose, une réinitialisation de nos cinq sens. InterEditions; 2012. 255 p.
106. G.R R. Hypnose, sophrologie et medecine. FAYARD. FAYARD.; 1973.
107. Hermes D, Trübger D, Hakim SG, Sieg P. Perioperativer Einsatz von medizinischer Hypnose. *Anaesthesist*. 1 avr 2004;53(4):326-33.
108. Metzinger T. The Subjectivity of Subjective Experience: A Representationist Analysis of the First-Person Perspective. In: Metzinger T, éditeur. *Neural Correlates of Consciousness*. MIT Press; 2000. p. 285–306.
109. Vanhaudenhuyse A, Laureys S, Faymonville M-E. Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiol Clin Neurophysiol*. 1 oct 2014;44(4):343-53.
110. Salem G. Chapitre 5 - L'hypnothérapie. In: Salem G, Bonvin É, éditeurs. *Soigner Par L'hypnose (Cinquième Édition)* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2012 [cité 29 août 2018]. p. 56-79. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294713378000058>
111. Gorton BE. The physiology of hypnosis. II. *Psychiatr Q*. 1 juill 1949;23(3):457-85.
112. Sabourin ME, Cutcomb SD, Crawford HJ, Pribram K. EEG correlates of hypnotic susceptibility and hypnotic trance: spectral analysis and coherence. *Int J Psychophysiol*. 1 déc 1990;10(2):125-42.
113. Williams JD, Gruzelier JH. Differentiation of hypnosis and relaxation by analysis of narrow band theta and alpha frequencies. *Int J Clin Exp Hypn*. 1 juill 2001;49(3):185-206.
114. Hinterberger T, Schoner J, Halsband U. Analysis of electrophysiological state patterns and changes during hypnosis induction. *Int J Clin Exp Hypn*. avr 2011;59(2):165-79.
115. Ulett GA, Akpınar S, Itil TM. Quantitative EEG analysis during hypnosis. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*. 1 oct 1972;33(4):361-8.
116. Baghdadi G, Nasrabadi AM. EEG phase synchronization during hypnosis induction. *J Med Eng Technol*. mai 2012;36(4):222-9.
117. Morgan AH, Macdonald H, Hilgard ER. EEG alpha: lateral asymmetry related to task, and hypnotizability. *Psychophysiology*. mai 1974;11(3):275-82.
118. Oakley DA, Halligan PW. Hypnotic suggestion: opportunities for cognitive neuroscience. *Nat Rev Neurosci*. 2013;14(8):565-76.

119. Kirenskaya AV, Novototsky-Vlasov VY, Zvonikov VM. Waking EEG spectral power and coherence differences between high and low hypnotizable subjects. *Int J Clin Exp Hypn.* déc 2011;59(4):441-53.
120. de Pascalis V. Psychophysiological correlates of hypnosis and hypnotic susceptibility. *Int J Clin Exp Hypn.* avr 1999;47(2):117-43.
121. Spiegel D. Neurophysiological correlates of hypnosis and dissociation. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1991;3(4):440-5.
122. Ulrich P, Meyer HJ, Diehl B, Meinig G. Cerebral blood flow in autogenic training and hypnosis. *Neurosurg Rev.* 1987;10(4):305-7.
123. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry.* 1 févr 1999;45(3):327-33.
124. Fox MD, Snyder AZ, Vincent JL, Corbetta M, Van Essen DC, Raichle ME. The human brain is intrinsically organized into dynamic, anticorrelated functional networks. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 5 juill 2005;102(27):9673-8.
125. Demertzi A, Soddu A, Faymonville M-E, Bahri MA, Gosseries O, Vanhaudenhuyse A, et al. Chapter 20 - Hypnotic modulation of resting state fMRI default mode and extrinsic network connectivity. In: Van Someren EJW, Van Der Werf YD, Roelfsema PR, Mansvelder HD, Lopes Da Silva FH, éditeurs. *Progress in Brain Research [Internet]. Elsevier; 2011 [cité 31 août 2018].* p. 309-22. (Slow Brain Oscillations of Sleep, Resting State and Vigilance; vol. 193). Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978044453839000020X>
126. Demertzi A, Soddu A, Faymonville M-E, Bahri MA, Gosseries O, Vanhaudenhuyse A, et al. Hypnotic modulation of resting state fMRI default mode and extrinsic network connectivity. *Prog Brain Res.* 2011;193:309-22.
127. Deeley Q, Oakley DA, Toone B, Giampietro V, Brammer MJ, Williams SCR, et al. Modulating the default mode network using hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn.* 2012;60(2):206-28.
128. Rainville P, Price DD. Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. *Int J Clin Exp Hypn.* avr 2003;51(2):105-29.
129. Horton JE, Crawford HJ, Harrington G, Downs JH. Increased anterior corpus callosum size associated positively with hypnotizability and the ability to control pain. *Brain J Neurol.* août 2004;127(Pt 8):1741-7.

130. Tefikow S, Barth J, Maichrowitz S, Beelmann A, Strauss B, Rosendahl J. Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev.* 1 juill 2013;33(5):623-36.
131. Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science.* 15 août 1997;277(5328):968-71.
132. Khoshnejad M, Roy M, Martinu K, Chen J-I, Cohen-Adad J, Grondin S, et al. Brain processing of the temporal dimension of acute pain in short-term memory. *Pain.* oct 2017;158(10):2001-11.
133. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology.* mai 2000;92(5):1257-67.
134. Kirsch, I. (1990). *Changing Expectations: A Key to Effective Psychotherapy.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. Reviewed by James R. Council. *Am J Clin Hypn.* 1 oct 1991;34(2):138-40.
135. Halligan PW, Athwal BS, Oakley DA, Frackowiak RS. Imaging hypnotic paralysis: implications for conversion hysteria. *Lancet Lond Engl.* 18 mars 2000;355(9208):986-7.
136. Ward NS, Oakley DA, Frackowiak RSJ, Halligan PW. Differential brain activations during intentionally simulated and subjectively experienced paralysis. *Cognit Neuropsychiatry.* nov 2003;8(4):295-312.
137. Roelofs K, Hoogduin KAL, Keijsers GPJ, Näring GWB, Moene FC, Sandijck P. Hypnotic susceptibility in patients with conversion disorder. *J Abnorm Psychol.* mai 2002;111(2):390-5.
138. Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH, Price DD. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *J Cogn Neurosci.* 15 août 2002;14(6):887-901.
139. Paus T, Zatorre RJ, Hofle N, Caramanos Z, Gotman J, Petrides M, et al. Time-related changes in neural systems underlying attention and arousal during the performance of an auditory vigilance task. *J Cogn Neurosci.* mai 1997;9(3):392-408.
140. Hofle N, Paus T, Reutens D, Fiset P, Gotman J, Evans AC, et al. Regional cerebral blood flow changes as a function of delta and spindle activity during slow wave sleep in humans. *J Neurosci Off J Soc Neurosci.* 15 juin 1997;17(12):4800-8.
141. Posner MI, Dehaene S. Attentional networks. *Trends Neurosci.* févr 1994;17(2):75-9.

142. Ruby P, Decety J. Effect of subjective perspective taking during simulation of action: a PET investigation of agency. *Nat Neurosci.* mai 2001;4(5):546-50.
143. Chaminade T, Decety J. Leader or follower? Involvement of the inferior parietal lobule in agency. *Neuroreport.* 28 oct 2002;13(15):1975-8.
144. Farrer C, Franck N, Georgieff N, Frith CD, Decety J, Jeannerod M. Modulating the experience of agency: a positron emission tomography study. *NeuroImage.* févr 2003;18(2):324-33.
145. Blakemore S-J, Oakley DA, Frith CD. Delusions of alien control in the normal brain. *Neuropsychologia.* 2003;41(8):1058-67.
146. Salem G, Bonvin É. *Soigner par l'hypnose.* 5e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012. 352 p.
147. Lambert MJ. Some implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. *J Integr Eclct Psychother.* 1986;5(1):16-45.
148. Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63(2):214-20.
149. Flammer E, Alladin A. The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: Meta-analytical evidence. *Int J Clin Exp Hypn.* juill 2007;55(3):251-74.
150. Lynn SJ, Kirsch I, Barabasz A, a EC, Patterson D. Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *Int J Clin Exp Hypn.* 1 avr 2000;48(2):239-59.
151. Fredette C, El-Baalbaki G, Neron S, Palardy V. Using Hypnosis in the Treatment of Anxiety Disorders: Pros and Cons. In: Durbano F, éditeur. *New Insights into Anxiety Disorders* [Internet]. InTech; 2013 [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.intechopen.com/books/new-insights-into-anxiety-disorders/using-hypnosis-in-the-treatment-of-anxiety-disorders-pros-and-cons>
152. Pelissolo A. L'hypnose dans les troubles anxieux et phobiques : revue des études cliniques. *Presse Médicale.* mars 2016;45(3):284-90.
153. Ph.D RMO, Cooley LE, Ciotti J, Henninger KM. Augmentation of Systematic Desensitization of Snake Phobia Through Posthypnotic Dream Suggestion. *Am J Clin Hypn.* 1 avr 1981;23(4):231-8.

154. Aviv A. Tele-hypnosis in the treatment of adolescent school refusal. *Am J Clin Hypn.* juill 2006;49(1):31-40.
155. Van Dyck R, Spinhoven P. Does Preference for lype of Treatment Matter?: A Study of Exposure In Vivo with or without Hypnosis in the Treatment of Panic Disorder with Agoraphobia. *Behav Modif.* 1 avr 1997;21(2):172-86.
156. Stetter F, Walter G, Zimmermann A, Zähres S, Straube ER. [Ambulatory short-term therapy of anxiety patients with autogenic training and hypnosis. Results of treatment and 3 months follow-up]. *Psychother Psychosom Med Psychol.* juill 1994;44(7):226-34.
157. Sakai M. A clinical study of autogenic training-based behavioral treatment for panic disorder. *Fukuoka Igaku Zasshi Hukuoka Acta Medica.* mars 1996;87(3):77-84.
158. Schoenberger NE, Kirsch I, Gearan P, Montgomery G, Pastyrnak SL. Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behav Ther.* 1 déc 1997;28(1):127-40.
159. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale.* 1 déc 2008;34(6):577-83.
160. Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, Nixon RDV. The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *J Consult Clin Psychol.* avr 2005;73(2):334-40.
161. Bryant RA, Moulds ML, Nixon RDV, Mastrodomenico J, Felmingham K, Hopwood S. Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up. *Behav Res Ther.* 1 sept 2006;44(9):1331-5.
162. Lesmana CBJ, Suryani LK, Jensen GD, Tiliopoulos N. A spiritual-hypnosis assisted treatment of children with PTSD after the 2002 Bali terrorist attack. *Am J Clin Hypn.* juill 2009;52(1):23-34.
163. Barabasz A. Evidence Based Abreactive Ego State Therapy for PTSD. *Am J Clin Hypn.* 15 juill 2013;56(1):54-65.
164. Barabasz A, Barabasz M, Christensen C, French B, Watkins JG. Efficacy of single-session abreactive ego state therapy for combat stress injury, PTSD, and ASD. *Int J Clin Exp Hypn.* 2013;61(1):1-19.

165. Christensen C, Barabasz A, Barabasz M. Efficacy of abreactive ego state therapy for PTSD: trauma resolution, depression, and anxiety. *Int J Clin Exp Hypn.* 2013;61(1):20-37.
166. Abramowitz EG, Barak Y, Ben-Avi I, Knobler HY. Hypnotherapy in the treatment of chronic combat-related PTSD patients suffering from insomnia: a randomized, zolpidem-controlled clinical trial. *Int J Clin Exp Hypn.* juill 2008;56(3):270-80.
167. Brom D, Kleber R. *Brief Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorders.* :6.
168. Abramowitz EG, Lichtenberg P. A new hypnotic technique for treating combat-related posttraumatic stress disorder: a prospective open study. *Int J Clin Exp Hypn.* juill 2010;58(3):316-28.
169. Ibbotson G, Williamson A. Treatment of post-traumatic stress disorder using trauma-focused hypnosis. *Contemp Hypn.* 2010;27(4):257-67.
170. Shakibaei F, Harandi AA, Gholamrezaei A, Samoei R, Salehi P. Hypnotherapy in management of pain and reexperiencing of trauma in burn patients. *Int J Clin Exp Hypn.* avr 2008;56(2):185-97.
171. O'Toole SK, Solomon SL, Bergdahl SA. A Meta-Analysis of Hypnotherapeutic Techniques in the Treatment of PTSD Symptoms. *J Trauma Stress.* févr 2016;29(1):97-100.
172. Rotaru T-Ştefan, Rusu A. A Meta-Analysis for the Efficacy of Hypnotherapy in Alleviating PTSD Symptoms. *Int J Clin Exp Hypn.* 2 janv 2016;64(1):116-36.
173. Association AP. *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* Elsevier Masson; 2015. 1275 p.
174. Gourier-Fréry C. *Insomnie, fatigue et somnolence : prévalence et état de santé associé, déclarés par les plus de 16 ans en France métropolitaine. Données ESPS 2008.* :8.
175. Borkovec TD, Fowles DC. Controlled investigation of the effects of progressive and hypnotic relaxation on insomnia. *J Abnorm Psychol.* 1973;82(1):153-8.
176. Graham KR, Wright GW, Toman WJ, Mark CB. Relaxation and hypnosis in the treatment of insomnia. *Am J Clin Hypn.* juill 1975;18(1):39-42.
177. Barabasz AF. Treatment of insomnia in depressed patients by hypnosis and cerebral electrotherapy. *Am J Clin Hypn.* oct 1976;19(2):120-2.
178. Stanton HE. Hypnotic relaxation and the reduction of sleep onset insomnia. *Int J Psychosom Off Publ Int Psychosom Inst.* 1989;36(1-4):64-8.

179. Abramowitz EG, Barak Y, Ben-Avi I, Knobler HY. Hypnotherapy in the treatment of chronic combat-related PTSD patients suffering from insomnia: a randomized, zolpidem-controlled clinical trial. *Int J Clin Exp Hypn.* juill 2008;56(3):270-80.
180. Farrell-Carnahan L, Farrell-Carnahan L, Ritterband LM, Bailey ET, Thorndike FP. Feasibility and preliminary efficacy of a self-hypnosis intervention available on the web for cancer survivors with insomnia. 2010;14.
181. Lam T-H, Chung K-F, Yeung W-F, Yu BY-M, Yung K-P, Ng TH-Y. Hypnotherapy for insomnia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement Ther Med.* oct 2015;23(5):719-32.
182. Pasquereau A. LA CONSOMMATION DE TABAC EN FRANCE : PREMIERS RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2017 / TOBACCO CONSUMPTION IN FRANCE: PRELIMINARY RESULTS FROM THE 2017 HEALTH BAROMETER. :9.
183. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 6 oct 2010;(10):CD001008.
184. Tahiri M, Mottillo S, Joseph L, Pilote L, Eisenberg MJ. Alternative smoking cessation aids: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med.* juin 2012;125(6):576-84.
185. Dickson-Spillmann M, Haug S, Schaub MP. Group hypnosis vs. relaxation for smoking cessation in adults: a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health.* 23 déc 2013;13:1227.
186. Hasan FM, Zagarins SE, Pischke KM, Saiyed S, Bettencourt AM, Beal L, et al. Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation: Results of a randomized controlled trial. *Complement Ther Med.* 1 févr 2014;22(1):1-8.
187. Alcool & Santé [Internet]. Inserm. [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>
188. Edwards G. Hypnosis in treatment of alcohol addiction. Controlled trial, with analysis of factors affecting outcome. *Q J Stud Alcohol.* juin 1966;27(2):221-41.
189. Beahrs JO, Hill MM. Treatment of alcoholism by group-interaction psychotherapy under hypnosis. *Am J Clin Hypn.* juill 1971;14(1):60-2.
190. Jacobson NO, Silfverakiöld NP. A Controlled Study of a Hypnotic Method in the Treatment of Alcoholism, with Evaluation by Objective Criteria. *Br J Addict Alcohol Other Drugs.* 1 mars 1973;68(1):25-31.

191. Manganiello AJ. A comparative study of hypnotherapy and psychotherapy in the treatment of methadone addicts. *Am J Clin Hypn.* avr 1984;26(4):273-9.
192. PhD RJP, Maurer R, Kumar VK, Elliott NC, Masten E, Moon E, et al. Self-Hypnosis Relapse Prevention Training with Chronic Drug/Alcohol Users: Effects on Self-Esteem, Affect, and Relapse. *Am J Clin Hypn.* 1 avr 2004;46(4):281-97.
193. Prochaska JM, Prochaska JO, Levesque DA. A Transtheoretical Approach to Changing Organizations. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res.* 1 mars 2001;28(4):247-61.
194. Srinivasa Murthy R, Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001 la santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2001 [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf
195. Alladin A, Alibhai A. Cognitive hypnotherapy for depression: an empirical investigation. *Int J Clin Exp Hypn.* avr 2007;55(2):147-66.
196. King R. Cognitive therapy of depression. Aaon Beck, John Rush, Brian Shaw, Gary Emery. New York: Guilford, 1979. *Aust N Z J Psychiatry.* avr 2002;36(2):272-5.
197. Erfanian M, Keshavarz A. A Comparative Study in Efficacy of Group Cognitive Behavioral Therapy and Group Hypnotherapy on Depression. *OALib.* 2014;01(03):1-5.
198. Shih M, Yang Y-H, Koo M. A meta-analysis of hypnosis in the treatment of depressive symptoms: a brief communication. *Int J Clin Exp Hypn.* oct 2009;57(4):431-42.
199. Guse T. Enhancing lives: A positive psychology agenda for hypnosis. *South Afr J Psychol.* 1 juin 2012;42:214-23.
200. Wu W, Lin S, Wu G-J, Li L. Influence of perioperative supportive psychotherapy on the postoperative mental state and sexual life in patients with uterine cervix cancer. *Chin J Clin Rehabil.* 28 avr 2005;9:42-3.
201. Lioffi C, White P. Efficacy of clinical hypnosis in the enhancement of quality of life of terminally ill cancer patients. *Contemp Hypn.* 1 sept 2001;18(3):145-60.
202. Suzuki T. [The effects of hypnosis on emotional responses of depressed students in frustrating situations]. *Shinrigaku Kenkyu.* févr 2003;73(6):457-63.
203. Sudweeks C. Effects of Cognitive Group Hypnotherapy in the Alteration of Depressogenic Schemas. Washington State University; 1996. 250 p.

204. Van SJM. Effects of a Self-Administered Hypnotic-Cognitive Treatment on Depression. 1983;
205. Ph.D ADF, Morgan RM. Hypnosis in Regulating Bipolar Affective Disorders. *Am J Clin Hypn.* 1 juill 1986;29(1):29-38.
206. Barabasz M. Cognitive Hypnotherapy With Bulimia. *Am J Clin Hypn.* 1 avr 2012;54(4):353-64.
207. Pettinati HM, Horne RL, Staats JM. Hypnotizability in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Arch Gen Psychiatry.* oct 1985;42(10):1014-6.
208. Covino NA, Jimerson DC, Wolfe BE, Franko DL, Frankel FH. Hypnotizability, dissociation, and bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol.* août 1994;103(3):455-9.
209. Vanderlinden J, Vandereycken W. The use of hypnotherapy in the treatment of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 1 sept 1988;7(5):673-9.
210. Griffiths R. Hypnobehavioural Treatment for Bulimia Nervosa-A Treatment Manual. *Aust J Clin Exp Hypn.* 1995;23:25-25.
211. Griffiths RA. Two-year follow-up findings of hypnobehavioural treatment for bulimia nervosa. *Aust J Clin Exp Hypn.* 1995;23:135-135.
212. Griffiths RA, Hadzi-Pavlovic D, Channon-Little L. A controlled evaluation of hypnobehavioural treatment for bulimia nervosa: Immediate pre-post treatment effects. *Eur Eat Disord Rev.* 1 déc 1994;2(4):202-20.
213. Griffiths RA, Hadzi-Pavlovic D, Channon-Little L. The Short-Term Follow-Up Effects of Hypnobehavioural and Cognitive Behavioural Treatment for Bulimia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 1 mars 1996;4(1):12-31.
214. Allison DB, Faith MS. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy for obesity: A meta-analytic reappraisal. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64(3):513-6.
215. Roux H, Chapelon E, Godart N. Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature. *L'Encéphale.* 1 avr 2013;39(2):85-93.
216. Mustelin L, Silén Y, Raevuori A, Hoek HW, Kaprio J, Keski-Rahkonen A. The DSM-5 diagnostic criteria for anorexia nervosa may change its population prevalence and prognostic value. *J Psychiatr Res.* 1 juin 2016;77:85-91.
217. Gross M. Hypnosis in the therapy of anorexia nervosa. *Am J Clin Hypn.* janv 1984;26(3):175-81.

218. Gross M. Use of hypnosis in eating disorders. *New Dir Ment Health Serv.* 1986;1986(31):109-18.
219. Gross M. Correcting perceptual abnormalities, anorexia nervosa and obesity by use of hypnosis. *J Am Soc Psychosom Dent Med.* 1983;30(4):142-50.
220. Barabasz M. Efficacy of Hypnotherapy in the Treatment of Eating Disorders. *Int J Clin Exp Hypn.* 31 mai 2007;55(3):318-35.
221. Baker EL, Nash MR. Applications of hypnosis in the treatment of anorexia nervosa. *Am J Clin Hypn.* janv 1987;29(3):185-93.
222. Inserm. Schizophrénie [Internet]. Inserm. [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrénie>
223. Wagstaff GF. Can hypnosis cause madness? *Contemp Hypn.* 1 sept 2000;17(3):97-111.
224. Izquierdo de Santiago A, Khan M. Hypnosis for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 17 oct 2007;(4):CD004160.
225. Caradec V. Thomas William I., Znaniecki Florian, Le paysan polonais en Europe et en Amérique. *Récit de vie d'un migrant (Chicago, 1919).* *Rev Fr Sociol.* 1999;40(4):765-7.
226. Thomas R (1931-; professeur de psychologie) A du texte, Alaphilippe DA du texte. *Les attitudes (2e éd. corr.) / Raymond Thomas, Daniel Alaphilippe* [Internet]. Paris: Presses universitaires de France; 1993 [cité 19 juin 2018]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k4813740v>
227. Doise W. 10. Attitudes et représentations sociales. In: *Les représentations sociales* [Internet]. Presses Universitaires de France; 2003 [cité 18 sept 2018]. p. 240-58. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PUF_JODEL_2003_01_0240
228. Katz D. THE FUNCTIONAL APPROACH TO THE STUDY OF ATTITUDES. *Public Opin Q.* 1 janv 1960;24(2):163-204.
229. Jodelet D. 1. Représentations sociales : un domaine en expansion. In: *Les représentations sociales* [Internet]. 7^e éd. Presses Universitaires de France; 2003 [cité 18 sept 2018]. p. 45. Disponible sur: <http://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782130537656-page-45.htm>
230. Noizet F-J. *Mémoire sur le somnambulisme et le magnétisme animal.* Editions L'Harmattan; 2005. 484 p.

231. Ochorowicz J (1850-1917) A du texte. De la suggestion mentale / par le Dr. J. Ochorowicz,... ; avec une préface de M. Charles Richet [Internet]. 1887 [cité 20 sept 2018]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k77100c>
232. De la personnalité juridique ; histoire et théorie ; vingt cinq leçons d'introduction à un cours de droit civil comparé - Raymond Saleilles - Memoire Du Droit - Grand format - Dalloz Librairie PARIS [Internet]. [cité 20 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.librairiedalloz.fr/livre/9782845390157-de-la-personnalite-juridique-histoire-et-theorie-vingt-cinq-lecons-d-introduction-a-un-cours-de-droit-civil-compare-raymond-saleilles/>
233. Flückiger C, Del Re AC, Wampold B, Symonds D, Horvath A. How Central Is the Alliance in Psychotherapy? A Multilevel Longitudinal Meta-Analysis (JCounsPsy). *J Couns Psychol.* 1 janv 2012;59:10-7.
234. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* juin 2000;68(3):438-50.
235. Gaston L. CALPAS Manual. 2017.
236. OMS | Lancement par l'OMS de la première stratégie mondiale pour les médecines traditionnelles ou parallèles [Internet]. WHO. [cité 21 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release38/fr/>
237. Hunt KJ, Coelho HF, Wider B, Perry R, Hung SK, Terry R, et al. Complementary and alternative medicine use in England: results from a national survey. *Int J Clin Pract.* 1 oct 2010;64(11):1496-502.
238. Johnson ME, Hauck C. Beliefs and opinions about hypnosis held by the general public: a systematic evaluation. *Am J Clin Hypn.* juill 1999;42(1):10-20.
239. Yu CK. Beliefs and opinions regarding hypnosis and its applications among Chinese professionals in medical settings. *Contemp Hypn.* 1 déc 2004;21(4):177-86.
240. Yu CK. Beliefs and attitudes of Chinese regarding hypnosis and its applications. *Contemp Hypn.* 1 sept 2004;21(3):93-106.
241. Mendoza ME, Capafons A, Espejo B, Montalvo D. [Beliefs and attitudes toward hypnosis of Spanish psychologists]. *Psicothema.* août 2009;21(3):465-70.
242. Mendoza ME, Capafons A, Espejo B. Impact of reading a scientific journal issue about hypnosis on the beliefs and attitudes towards hypnosis among psychologists. 1:12.

243. Martín M, Capafons A, Espejo B, Mendoza ME, Guerra M, Santos JAE, et al. Impact of a Lecture About Empirical Bases of Hypnosis on Beliefs and Attitudes Toward Hypnosis Among Cuban Health Professionals. *Int J Clin Exp Hypn*. 31 août 2010;58(4):476-96.
244. Desai G, Chaturvedi SK, Ramachandra S. Hypnotherapy: Fact or Fiction: A Review in Palliative Care and Opinions of Health Professionals. *Indian J Palliat Care*. 2011;17(2):146-9.
245. Descloux F, Grosjean A. Les représentations sociales de l'hypnose [PhD Thesis]. Haute Ecole de Santé Vaud; 2012.
246. GREEN JP, PAGE RA, RASEKHY R, JOHNSON LK, BERNHARDT SE. Cultural Views and Attitudes about Hypnosis: A Survey of College Students Across Four Countries. *Int J Clin Exp Hypn*. 1 sept 2006;54(3):263-80.
247. Madan A, Pelling N. Hypnosis Knowledge, Experience, Attitudes, and Beliefs among South Australian Psychologists, Counselors, and Physiotherapists. *Int J Ment Health*. 2 janv 2015;44:11-32.
248. Del Greco L, Walop W, Eastridge L. Questionnaire development: 3. Translation. *CMAJ Can Med Assoc J*. 15 avr 1987;136(8):817-8.
249. Manfreda KL, Berzelak J, Vehovar V, Bosnjak M, Haas I. Web Surveys versus other Survey Modes: A Meta-Analysis Comparing Response Rates. *Int J Mark Res*. 1 janv 2008;50(1):79-104.
250. Conseil National de l'Ordre des Médecins. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016. 2016;326.
251. DREES. Beyond 20/20 WDS - TABLEAU 6. AGE MOYEN DES MÉDECINS par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe [Internet]. [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>
252. CNG. CNG | Épreuves Classantes Nationales (ECN) [Internet]. [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.cng.sante.fr/concours-examens/epreuves-classantes-nationales-ecn>
253. Berger-Vergiat A, Chauvelin L, Van Effenterre A. Souhais de pratique des internes de psychiatrie : résultats d'une enquête nationale. *L'Encéphale*. 1 févr 2015;41(1):17-24.
254. Capafons A, Cabañas S, Espejo B, Cardaña E. Confirmatory Factor Analysis of the Valencia Scale on Attitudes and Beliefs Toward Hypnosis: An International Study. *Int J Clin Exp Hypn*. 1 oct 2004;52(4):413-33.

Résumé

Contexte : Les croyances négatives liées à l'hypnose constituent, pour une bonne partie d'entre elles, l'héritage des conflits du XVIII^{ème} siècle dont la pratique du magnétisme par Mesmer a fait l'objet. Le regain d'intérêt scientifique actuel et la médiatisation croissante de l'hypnose médicale amènent à un changement progressif des attitudes et croyances au sein du grand public comme chez les professionnels de santé en France.

Objectifs : Explorer les croyances et attitudes actuelles des psychiatres et addictologues français vis-à-vis de l'hypnose grâce à un outils standardisé : l'échelle VSABH-T.

Rechercher certains facteurs d'influence parmi lesquels : le grade (internes versus docteurs), la spécialisation, le type de pathologie majoritairement pris en charge, le modèle psychothérapeutique préférentiel, le fait d'avoir une expérience quelconque de l'hypnose.

Méthode : Nous avons réalisé une étude nationale descriptive, observationnelle et transversale via diffusion d'un auto-questionnaire électronique incluant l'échelle VSABH-T.

Résultats : Ce travail a inclus 224 réponses. Notre échantillon s'est avéré représentatif des jeunes psychiatres et addictologues (de moins de 40 ans). Le score moyen obtenu (161.9) reflète une attitude favorable et des croyances correctes sur l'ensemble de l'échantillon. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative sur le score total moyen obtenu entre « internes » et « docteurs » ($p=0.705$). Nous n'avons identifié que deux facteurs d'influence significatifs sur le score total moyen : « le fait d'avoir déjà eu une expérience quelconque vis-à-vis de l'hypnose » ($p<0.001$) et le choix de « l'hypnose comme modèle psychothérapeutique préférentiel » ($p=0.029$). Cette étude est la première à montrer qu'une connaissance empirique de l'hypnose (sous la forme d'une expérience quelle qu'elle soit) engendre une attitude plus favorable et des croyances de meilleure qualité.

Conclusion : Les résultats sont en accord avec les données de la littérature dont nous disposons. La posture ouverte des psychiatres et addictologues - mise en relation avec la demande croissante des patients et le développement des formations universitaires - laisse penser que l'offre de soins en hypnose est amenée à s'étendre. Ceci pourrait obliger les autorités sanitaires à réglementer la pratique de l'hypnothérapie en France. Les résultats de ce travail portent à croire qu'il y aurait un bénéfice à inclure une initiation pratique à l'hypnose dans la formation universitaire du DES de psychiatrie. Dans une considération générale, les mécanismes de l'hypnose ne sont que partiellement élucidés et il n'y a pas de définition consensuelle précise existante. Toutefois, les progrès réalisés dans les neurosciences offrent de larges perspectives d'avenir à l'hypnose médicale en tant qu'outil thérapeutique ou de compréhension neurobiologique. A l'avenir, les travaux défendant l'approche intégrative de l'hypnose doivent être encouragés pour développer cette discipline en psychiatrie.