



HAL
open science

Mise au point d'un questionnaire d'évaluation de la flexibilité des flux de conscience : étude pilote sur les effets de l'hypnose à visée analgésique

Sophie Turcq

► **To cite this version:**

Sophie Turcq. Mise au point d'un questionnaire d'évaluation de la flexibilité des flux de conscience : étude pilote sur les effets de l'hypnose à visée analgésique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02095614

HAL Id: dumas-02095614

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02095614>

Submitted on 10 Apr 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.



**Mise au point d'un questionnaire d'évaluation de la flexibilité des flux
de conscience :
étude pilote sur les effets de l'hypnose à visée analgésique**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 29 Novembre 2018

Par Madame Sophie TURCQ

Née le 7 septembre 1988 à Creil (60)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean	Président
Monsieur le Professeur CECCALDI Mathieu	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) VION-DURY Jean	Directeur
Madame le Docteur MAREAU Cécile	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

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

Chargés de mission :

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

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

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

PROFESSEURS HONORAIRES

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

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

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

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

2014

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

2015

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

2016

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

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikael	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

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

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

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

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

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

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

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

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

CAMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

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

**BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

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

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

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

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

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

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

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCÉROLOGIE ; RADIOTHÉRAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEAGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

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

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

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MÉDECINE VASCULAIRE 5104

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

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGÉNÉTIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VÉNÉROLOGIE 5003

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

DUSTI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES ; GYNÉCOLOGIE MÉDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION 4601

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

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE ; BRÛLOGIE 5004

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

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HÉPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

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

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENÉTIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE ; GYNÉCOLOGIE MÉDICALE 5403

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

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

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

IMMUNOLOGIE 4703

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5302**

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

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

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

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

NUTRITION 4404

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

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

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) *Surnombre*

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

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

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

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

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) *Surnombre*
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

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

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

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) *Surnombre*

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

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

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

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

CHOCOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

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

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

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

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) *(disponibilité)*
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

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

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

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

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

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

Remerciements

Au président du jury, Monsieur le Professeur Naudin Jean,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider mon jury de thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma plus profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Ceccaldi Mathieu,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur (MCU-PH) Vion Dury Jean,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Sans vous ce travail n'aurait pas été possible. Grâce à vous, j'ai découvert de nouveaux domaines de connaissance et de nouvelles voies à explorer.

A Madame le Docteur Mareau Cécile,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Vous m'avez permis de découvrir de nombreuses facettes de l'hypnose au cours de mon stage au CETD, qui m'ont aidé par ma thèse.

A l'équipe du CETD,

Je vous remercie pour cette année riche en enseignement passé à vos côtés et pour votre soutien. Je tiens particulièrement remercier Mme Agnès Nathalie, sans qui l'étude n'aurait pas été possible. Merci de m'avoir laissé assister, participer aux séances et surtout de m'avoir fait partager toutes tes connaissances. Ces séances m'ont appris d'avantage que je n'aurais pu l'imaginer.

Aux patients,

Merci d'avoir participer à l'étude et en particulier à la patiente qui a accepté de témoigner de sa pratique de l'autohypnose.

A mon mari Guillaume,

Chaque jour à tes cotés est une journée de plus de bonheur, la vie est si douce avec toi. Cet amour que nous partageons me porte chaque jour un peu plus. Merci à toi, mon âme sœur de me soutenir envers et contre tout. Sans toi ma thèse serait comme ces remerciements pleine de fautes d'orthographe. Une pensée pour Katniss notre fille adoptive ☺, notre pot de colle.

A mes parents,

Merci de m'avoir donné l'opportunité de découvrir le Monde et d'avoir pu réaliser mes rêves.

Mon Frère Laurent,

Merci d'avoir toujours été un grand frère présent et aimant. Je suis toujours tellement heureuse de vous voir et de partager de bon moment avec toi, Marie, Annabelle et Bastien.

A Ségolène,

Comment te dire tout l'amour que je te porte et à quel point ta présence me manque depuis mon départ. En plus, on n'est pas deux accrochés du téléphone. Merci d'être toujours une amie fidèle. Tant de souvenirs pendant ces trop courtes études à Amiens, sans toi elle n'aurait pas eu cette saveur de bonheur.

A Adeline,

On a grandi ensemble, nous les inséparables de la cour de récré mais aussi dans la vie depuis 27 ans. Toujours présente malgré nos chemins qui se sont séparés, nos cœurs sont restés unis pour cette amitié à vie.

A Corinne, l'élégante parisienne,

On est devenu amie au lycée mais notre P1 nous a encore plus rapproché. On s'est soutenu toutes les deux pendant ces heures d'études, mais surtout on a partagé tant d'heures de bonheurs, de confidences et de folies. Merci d'être toujours présente, ma parisienne préférée.

Aux Amiénoises, Lisa et Charlotte,

Merci pour ces heures passées avec vous à la BU, studieuses mais surtout drôle, ces soirées enivrantes et joyeuses, ses souvenirs à jamais gravés. Lisa, ce voyage exceptionnel, des vraies aventurières au pays des orang outans. Charlotte, on ne monte pas tous les jours sur les toits de l'école après avoir fait la tournée des bars de Lille.

A Guillaume et Edwige,

En arrivant dans le Sud nous avons trouvé des amis précieux, toujours présents pour partager ensemble de bons moments.

A Pierre François,

Merci de m'avoir aidé pour mon mémoire et d'avoir été mon meilleur co interne.

Au Toulonnais, Philippe et Chrystèle

Sans vous, j'aurais renoncé à ce métier. Vous m'avez fait découvrir d'autres horizons et partager votre passion. Vous m'avez permis de me découvrir et d'avancer, merci pour ce tournant que vous avez donné à ma vie.

Aux avignonnais,

Merci à Anna, Manon et Laura et les autres pour ce premier semestre à Avignon aux soirées souvent chantantes, et pour avoir continué à partager d'agréables soirées à vos côtés les filles.

À tous les autres avec qui nos chemins se sont croisés et parfois séparés, auxquels je pense toujours.

I. Table des matières

I. Introduction	21
A. Essai de définition de la conscience	23
B. Les modalisations de la conscience : une approche morphodynamique du flux de vécus conscients	30
C. Contexte historique de l'hypnose, quelle place dans les sociétés depuis l'Antiquité.....	35
1. Avant le XVIIIème Siècle	35
2. XVIIIème Siècle.....	35
3. XIXème siècle.....	38
4. Début XXème Siècle	39
5. Des années 1940 à nos jours	40
D. L'hypnose selon François Roustang	44
II. Objectifs de l'étude	51
III. Hypothèse	51
IV. Matériel et Méthode	52
A. Construction du questionnaire EQFMC évaluant qualitativement la fluidité des modalisations de la conscience	52
B. Différents types de questionnaires	53
1. Questionnaire trait.....	53
2. Questionnaire état avant et après une séance d'hypnose	54
3. Questionnaire effet évaluation d'une cure sur la flexibilité des flux de conscience	54
C. Éthique	55
D. Population pour un questionnaire trait : critères d'inclusions, caractéristiques de la population de sujets sains.....	55
E. Population pour un questionnaire état : critères d'inclusions, caractéristiques de la population.....	55
F. Statistiques utilisées pour l'analyse des résultats	58
1. Description de la population	58
2. Statistique pour l'exploitation des résultats du questionnaire.....	58
G. Cas clinique.....	58
V. Résultats	59
A. Résultats de l'EQFMC trait	59
1. Population du questionnaire trait.....	59
2. Résultats.....	62
3. Résultats du FFMQ.....	63
4. Corrélation entre les résultats des deux questionnaires : EQFMC/FFMQ dans la population de sujets sains.....	64
5. Comparaison du score global de l'EQFMC avec les sous scores du FFMQ	65
B. Résultats de l'EQFMC état avant / après séance d'hypnose	66
1. Population du questionnaire état	66
2. Résultats de l'EQFMC état, chez les patients avant	69
3. Résultats de l'EQFMC état, chez les patients après	70
4. Comparaison des deux questionnaires et mise en évidence d'un changement de modalisation.....	70
C. Cas Clinique Mme X	73

VI.	<i>Discussion</i>	81
A.	Résultats principaux	81
1.	EQFMC Trait.....	81
2.	EQFMC État : effet de l’hypnose	82
B.	La validité du questionnaire	83
C.	Limites du questionnaire	84
D.	Perspectives	86
VII.	<i>Conclusion</i>	87
VIII.	<i>Annexes</i>	90
IX.	<i>Bibliographie</i>	114

Résumé :

Introduction : Dans ce travail, nous partons de l'hypothèse que la possibilité de « lâcher prise » (un terme sans véritable définition psychologique procède de la fluidité de la conscience et de la capacité du sujet à en modifier les présentations (modalisations). Comme il n'existe pas de questionnaire évaluant la notion de « lâcher prise », nous avons contribué à créer et évaluer un questionnaire dit d'évaluation qualitative de la fluidité des modalisations de la conscience (EQFMC). L'EQFMC permet l'auto-évaluation de la capacité d'un sujet à changer rapidement de manière d'être de sa conscience (correspondant au « lâcher-prise »).

Objectif : Valider par une enquête pilote l'EQFMC et d'évaluer les changements de score de ce questionnaire à la suite de sessions d'hypnose.

Méthodologie : Trois questionnaires ont été créés, deux sont évalués :

- EQFMC « Trait » sur une population de sujets sains en dehors de séance d'hypnose.
- EQFMC « État » sur une population de patients avec des douleurs chroniques, avant et après une séance d'hypnose analgésique.

Résultats : Les sujets sains pratiquant l'hypnose, la méditation ou la mindfulness présentent des scores plus élevés à l'EQFMC « Trait » ce qui suggère que la fluidité des flux de conscience est améliorée par l'hypnose. On observe après les séances d'hypnose une augmentation très significative du score d'EQFMC. En revanche, il n'y a pas de corrélation entre le nombre de séances et la valeur du score. On observe une corrélation positive forte des questionnaires EQFMC et FFMQ (questionnaire de mindfulness), ce qui constitue, un argument pour la validation externe de l'EQFMC.

Conclusion : L'EQFMC semble bien évaluer bien la fluidité des flux de conscience et la capacité de la conscience à se métamorphoser dans la présentation. L'EQFMC pourrait permettre d'évaluer l'action de psychotropes ou des pathologies neurologiques ou psychiatriques.

Mots clefs : Conscience, Hypnose, Analgésie,

I. Introduction

La notion de « lâcher prise » est une notion métaphorique du langage courant qui ne trouve pas de définition psychologique bien claire et en tout cas officielle. D'une manière générale le « lâcher prise » est considéré comme un acte psychologique de libération, et comme le trapéziste qui lâche la barre pour se lancer dans le vide, psychologiquement le « lâcher prise » suggère que l'on cesse de s'agripper à quelque chose à une attitude, à un souvenir, à un comportement établi. On pourrait aller jusqu'à dire que, métaphoriquement, le « lâcher prise » est l'inverse du « grasping reflex » ou réflexe d'agrippement bien connu en neurologie. Or il est de situations où le sujet, justement se laisse aller, « se lâche » dans un certain vide pour explorer de nouvelles stratégies, de nouvelles approches, de nouvelles manières d'être. C'est typiquement le cas de l'hypnose, et en particulier l'hypnose thérapeutique qu'elle soit utilisée en psychiatrie ou comme analgésique dans le cas des douleurs chroniques. C'est également le cas dans l'époque phénoménologique dans laquelle l'attitude naturelle (ou habituelle) constituée de notre savoir sur le monde est mise entre parenthèses afin de saisir la manière d'apparaître du monde. Cette époque est notamment requise dans l'Entretien Phénoménologique Expérientiel (Vion-Dury et Mougin 2018, sous presse), entretien dérivé de l'entretien d'explicitation des vécus conscients de Vermersch (1), et dont le but est de déplier la structure et le contenu d'un moment de conscience, de peindre le paysage mental d'un sujet lors d'une expérience donnée et de saisir les métamorphoses de l'expérience consciente au moment où elle se déroule.

Or s'il existe des questionnaires ou des tests d'hypnotisabilité (2), s'il existe des questionnaires concernant la mindfulness (3) et la capacité d'y parvenir, en revanche la quantification du « lâcher prise » ne bénéficie pas encore de type d'approche.

Notre but était de participer à la création d'un questionnaire et d'en évaluer la pertinence chez une population de patients bénéficiant de séances d'hypnose à but analgésique, c'est à dire des patients souffrant de douleurs chroniques et traités au centre d'évaluation et de traitement de la douleur chronique de l'hôpital de la Timone.

Par ailleurs, ce questionnaire repose sur une hypothèse forte : la possibilité de « lâcher prise » procède de la fluidité de la conscience et plus précisément de la capacité qu'a le sujet de modifier les présentations de celle-ci. La notion husserlienne de modalisation (4) correspond à la double notion de mode (plutôt que d'état de conscience) et de dynamique par le biais du suffixe « ation ».

C'est ainsi que dans ce travail, allons commencer par tenter d'approcher une définition de la conscience, surtout d'un point de vue phénoménologique. Puis nous décrirons les modalisations de conscience qui constituent comme on vient de le voir la base théorique et la raison d'être de la création du questionnaire. Puis nous exposerons un historique des différentes théories de l'hypnose qui est un « état de conscience » ou plutôt une modalisation de la conscience comme nous le verrons plus loin. Nous allons exposer la vision athéorique de François Roustang sur l'hypnose, qui nous paraît la plus adéquate avec notre vision phénoménologique de cette modalisation de conscience spécifique.

Après les sections « matériels et méthode » et « résultats », nous exposerons un cas clinique exceptionnel d'une autohypnose à visée analgésique qui souligne la pertinence de l'approche de Roustang.

A. Essai de définition de la conscience

Cette partie fait la synthèse de multiples corpus philosophiques, trouvés au cours de recherches sur le net sur des sites spécialisés à l'intention d'étudiants profanes en philosophie.

Épistémologie : Du latin *conscientia* qui est formé de *cum* qui signifie « avec », et de *scientia* pour « science ».

La conscience n'est pas un concept univoque qui aurait une signification partagée par tous les philosophes. Il y a une distinction très nette dans l'histoire de la philosophie entre la conscience conçue comme « conscience morale », permettant de distinguer le bien du mal, ayant un but principalement pratique, et la conscience comme source de connaissance de soi et du monde, ayant un but principalement théorique.

Dans l'Antiquité, la conscience n'existait pas : seul le "noos", l'esprit connaissant, avait une valeur. C'est la modernité philosophique qui a donné au sujet une conscience. Il serait tout à fait illégitime de considérer l'*âme* (*psychè*) des Grecs comme un équivalent de la conscience. Les Grecs n'ont pas éprouvé le besoin de penser la conscience. Les stoïciens sont les premiers à souligner l'importance de l'intériorité. Les chrétiens refont une relecture de la philosophie grecque et Saint Augustin interprète la révélation qui avait été faite à Socrate par l'oracle de Delphes : « *connais-toi toi-même* » (Socrate V^e siècle AVJ) comme l'exigence de l'introspection. Le soi devient objet d'examen, de recherche. Il faut alors se détacher des choses extérieures, des passions et désirs qu'elles font naître, de l'éloignement de la vérité qu'elles suscitent irrémédiablement. On assiste à la naissance de la « voix de la conscience », c'est-à-dire à la conscience entendue comme conscience morale.

La conscience morale a beaucoup été pensée par Rousseau et Kant. On peut la résumer en une voix qui parle en nous et qui nous permet de distinguer le bien du mal, d'en fournir des normes, de mesurer la valeur des actions, de juger de notre conduite et de celle des autres. Elle est universelle. Nous n'en parlerons pas plus car elle n'est pas la définition de la conscience qui concerne notre sujet de thèse.

L'autre sens du terme conscience, va instituer la conscience en fondement de la pensée philosophique, en source de toute connaissance. On présente souvent Descartes comme l'initiateur de cette révolution philosophique.

Descartes fait une remise en question des perceptions, des opinions et des jugements. Le doute est un outil, il est méthodique, radical et systématique. Il a pour but d'aboutir à la découverte d'une vérité fondatrice, indubitable et certaine à partir de laquelle la science et la connaissance pourraient être refondées. Descartes a posé la conscience comme le socle de la connaissance car la conscience a résisté au doute méthodique, elle peut donc servir de fondement sur lequel s'édifierait l'ensemble du savoir. Descartes rencontre une première certitude qu'il expose dans « La deuxième méditation métaphysique » en 1641 : le cogito (« je pense » en latin). Le cogito représente la conscience de soi du sujet pensant. En effet, aussi universel que soit le doute, puisqu'il porte sur la totalité des connaissances, il y a quelque chose qu'il ne saurait atteindre : c'est sa propre condition, car doutant, je pense et, pensant, je suis. Le cogito est ainsi la seule chose qui résiste au doute car dès que je pense je ne peux manquer de me rappeler que c'est moi qui pense et donc que le moi ne peut être une illusion : « *Je pense donc je suis* » Descartes 1637 (5). La conscience est l'essence de la pensée. La position cartésienne est celle du dualisme : séparation de l'esprit (âme) et du corps.

Locke a entrepris le premier une investigation réflexive des propriétés ou des facultés du sujet, du moi. La conscience n'est pas un simple rapport à soi (comme le *cogito* cartésien) mais une réflexion sur soi, une connaissance des mécanismes de l'intériorité « *le soi dépend de la conscience* »(6).

Kant présente la conscience comme une activité, une fonction nécessaire de la pensée mais qui ne me donne pas la connaissance de ce je que je suis. Pour identifier ce moi, il est nécessaire que le pouvoir d'identification soit initialement dans la conscience, pouvoir d'identification qui permet d'établir la relation entre sujet et objet. Cette conscience, qu'il appelle aussi « Je pense », est ce qui accompagne toutes mes représentations de choses particulières. La conscience est alors une fonction qui permet de synthétiser les multiples sensations de choses extérieures et de faire qu'il n'y ait pas un chaos d'impressions mais une

représentation distincte des choses. La conscience est universelle, commune à tous les hommes. Le « je » est originaire. Il est ce qui permet l'unification de mes représentations et la conscience de soi procure aux représentations leur cohérence.

Pour que les représentations soient unifiées, il faut admettre ce pouvoir unificateur comme ce qui permet la connaissance, donc le penser comme originaire. La conscience est donc une activité, elle est un pouvoir de synthèse. Le sujet ne peut prendre conscience de lui-même qu'à travers cette activité. Comme la conscience de soi ne peut apparaître que lorsqu'elle se réalise, elle ne peut pas être une connaissance de soi, car elle est ce qui permet la connaissance. La conscience, lorsqu'elle se prend elle-même pour objet de pensée ne peut se penser à vide. Elle se pense à partir des contenus de pensée qui l'investissent. La conscience présente ainsi un caractère paradoxal, elle est ce qui permet la connaissance de l'objet, mais elle ne peut être elle-même objet de connaissance.

La conscience de soi se définit comme la possibilité pour le sujet de prendre pour objet de connaissance ses états de conscience : la conscience se retourne sur elle-même pour penser ses contenus de pensée. La conscience immédiate accompagne les actes du sujet (avoir conscience de quelque chose) et la conscience réfléchie est celle dans laquelle le sujet se pense lui-même comme conscient de quelque chose. Toute conscience est toujours conscience de quelque chose et je ne peux prendre conscience de ce que je suis qu'en me regardant au travers des actes accomplis : la conscience réfléchie présuppose la pensée immédiate. De la même façon, le sujet ne peut avoir conscience de quelque chose que parce qu'il s'y sait présent : je n'ai conscience du monde que parce que je suis conscient d'y être. La conscience immédiate présuppose la conscience réfléchie. Elles sont donc inscrites dans une activité, dans un mouvement, donc dans une temporalité qui entrelace la conscience immédiate et celle réfléchie sans pour autant les faire coïncider (7).

Pour Bergson, la conscience est une chose concrète, une réalité dont nous faisons l'expérience à chaque instant. Elle se réalise à chaque rapport au monde car elle accompagne chacune de nos perceptions et chacun de nos actes. La conscience est un lien entre le passé et l'avenir car c'est le rapport à la mémoire et au projet qui caractérise la conscience. La conscience est attention portée au présent. Une conscience sans mémoire serait une conscience « inconsciente », une conscience sans conscience d'elle-même. Or la conscience est le lieu

dans lequel les événements s'impriment. Elle se définit d'abord par la perception des objets qui nous environnent et cette perception implique la mémoire : « *percevoir, c'est se souvenir* » (Bergson)(8). « *Etre conscient* », signifie être capable d'effectuer le lien entre un événement présent et un événement passé afin que celui présent puisse être identifié, reconnu et que je puisse agir dans le monde. La conscience est aussi tension vers l'avenir, anticipation car agir dans le présent signifie nécessairement s'engager dans ce que ce présent va devenir. L'instant présent est par nature fugace, fugitif. En effet commencer à percevoir l'instant présent signifie qu'il n'est déjà plus du présent mais déjà du passé car la pensée s'y applique. L'instant n'existe pas. Dès qu'il apparaît, il n'est déjà plus, aussi longtemps qu'il est attendu, il n'est pas. Dès lors, le présent n'est qu'une durée participée par le passé immédiat et l'avenir imminent. Le présent, c'est quelque chose qui dure. Bergson voit en la conscience une chose qui dure, qui s'écoule, elle est mouvement.

Pour Hegel, la conscience est toujours d'abord en relation avec quelque chose qui n'est pas elle-même, et que ce n'est que par un dépassement de cette altérité qu'elle parvient à la véritable conscience de soi, qu'elle se fait esprit (9).

Nietzsche dit : « *la conscience est une évolution dernière et tardive du système organique* » (10). Pour lui, le corps est premier, il est pluralité de forces qui constituent ce qu'il appelle « la volonté de puissance ». Le « je » est la conséquence d'une multitude de luttes continues entre les différentes forces qui animent le corps et l'unité de la conscience est donc une illusion. La conscience se pose comme cause d'elle-même, elle se croit substance et se pense comme étant à l'origine de ses pensées mais elle ne fait qu'obéir à ce que le corps lui impose. Le Moi est une identité qui ne cesse de se construire au fur et à mesure.

D'un point de vue psychanalytique, la conscience s'articule avec l'inconscient. La conscience n'a rien de particulier en psychanalyse, elle est une qualité de l'expérience subjective liée à une particularité du traitement de l'information en général (11).

La conscience en phénoménologie

Husserl, au 20^{ème} siècle, fonde la phénoménologie (12)(13). Husserl va profondément influencer la pensée allemande puis la philosophie française et notamment *l'existentialisme*. Il utilise la méthode de *l'épochè* qui signifie la suspension ou la mise entre parenthèse de tout jugement sur le monde, sur l'être et le non-être des objets (l'attitude naturelle pour Husserl). Pour cela, il est nécessaire de modifier notre attitude naturelle à l'égard du monde au moyen de la *réduction phénoménologique*. Ceci rend possible l'observation sans préjugés de la *conscience pure*, c'est-à-dire de ce qui est donné comme *phénomènes* dans la corrélation de la noèse et du noème (définition dans la suite du paragraphe)(13).

Pour Husserl, comme pour Descartes dont il s'inspire largement, tout cogito porte en lui son cogitatum auquel elle se relie et dont il se distingue (12). La conscience est toujours relation avec autre chose qu'elle-même. Il y a toujours une distance entre la conscience et l'objet qu'elle vise. Même lorsque la conscience prend pour objet de pensée ses contenus de pensée, elle ne parvient pas à les penser tels qu'ils étaient au passé parce qu'elle ne peut les appréhender que relativement au présent dans lequel elle est. L'activité de la conscience se retrouve alors à la source de toutes choses, comme constituant le sens du monde et de ses objets. « *Toute conscience est conscience de quelque chose* » (12). Elle se réfère toujours à un objet, c'est ce qu'on appelle *l'intentionnalité* de la conscience. La conscience n'est plus lue comme une intériorité close sur elle-même, elle est une projection. Avant d'être réflexive, retour sur elle-même, la conscience est initialement relation au monde en tant que je suis un être qui désire, qui agit et qui anticipe. Parce qu'elle s'anticipe, la conscience est donc toujours déjà au-delà d'elle-même, elle est visée d'un ailleurs pour orienter son agir dans le monde. La conscience est donatrice de sens, de signification. La signification n'est pas dans la chose. La conscience donne leur sens aux choses qu'elle vise et qu'elle perçoit. La conscience ne peut plus dès lors être pensée comme le lieu d'une vérité absolue. L'intentionnalité de la conscience se réfère à la constante corrélation entre les actes de la conscience (se souvenir, aimer, percevoir) qui se rapportent à un objet (acte de la visée : la noèse) et l'objet tel qu'il apparaît dans ces actes (l'objet intentionnel : le noème). C'est ce que Husserl, nomme la corrélation noético-noématique. Le noème n'est pas l'objet dans son être réel en soi, mais l'objet tel qu'il est contenu intentionnellement dans la fonction donatrice de sens des actes

de conscience. Les noèses constituent les contenus réels dans le vécu, alors que les noèmes sont le contenu irréel (objet intentionnel).

Husserl divise la notion de conscience en trois définitions :

- La conscience comme désignation des vécus (intentionnel)
- La conscience comme flux de vécus
- La conscience comme perception interne des vécus, ce qui correspond à la conscience réflexive

Pour Husserl, les vécus comprennent les fictions, les représentations imaginaires, les perceptions, les actes, les pensées conceptuelles, les suppositions et les doutes, les joies, les souffrances, les espérances et les craintes.

La conscience primaire devient l'unité des flux de vécus, elle peut faire l'objet d'une description dynamique. Cette conscience comme unité de flux suppose la conscience réflexive. Cette conscience réflexive se garde de discriminer, elle rend attentif au fait qu'il y a de l'expérience et non pas à comment cette expérience survient. La réflexivité de la conscience sous-tend la possibilité même de parler d'une expérience consciente. Elle est centrale.

Sartre définit la conscience comme *pour soi* ; la conscience se projette ou *éclate* dans le monde ; elle est dirigée vers l'avenir, vers un projet et en ce sens elle se distingue de l'*en soi* des choses extérieures, figées et incapables de changer. « *La seule façon d'exister pour la conscience est d'avoir la conscience d'exister* » (Jean Paul Sartre 1943) (14).

En médecine, la perte de la conscience signifie la perte de tout rapport verbal, l'absence de réponse aux ordres simples, ce qui dessine une conscience réflexive. La conscience peut alors être modifiée par des pathologies psychiatriques ou neurologiques (comas)(15).

Pour la psychologie cognitive contemporaine, la conscience est la capacité de se diriger dans son environnement sur la base de perceptions, pensées et souvenirs présent à l'état d'éveil.

Pour les neurosciences cognitives, la conscience doit être produite par le cerveau, elle constitue un processus émergent. Elle est le résultat du fonctionnement du réseau neuronal complexe et devient le résultat d'une activité computationnelle (15).

La conscience suit alors le principe du monisme physicaliste (pas de différence entre le corps et l'esprit, tout revient à des interactions physico-chimiques entre des molécules). C'est la théorie la plus en vogue actuellement. Les technologies tentent de mettre en évidence des corrélats neuronaux de la conscience, mais aucune structure cérébrale n'est spécifique de l'apparition de la conscience. Cela ne permet pas de d'expliquer pourquoi la conscience survient, ni comment.

La question de la conscience reste un mystère et la définition même de la conscience pose problème. Elle est la caractéristique fondamentale de l'humain et nous donne la possibilité de s'interroger sur ce qu'elle est ou n'est pas, et comment elle survient (15).

La conscience est une notion récente, qui a fait l'objet de nombreuses théories au fil des siècles et des courants philosophiques et scientifiques. Au 20^{ème} siècle, Husserl crée la phénoménologie et une définition de la conscience primaire qui devient l'unité des flux de vécus, pouvant faire l'objet d'une description dynamique.

B. Les modalisations de la conscience : une approche morphodynamique du flux de vécus conscients

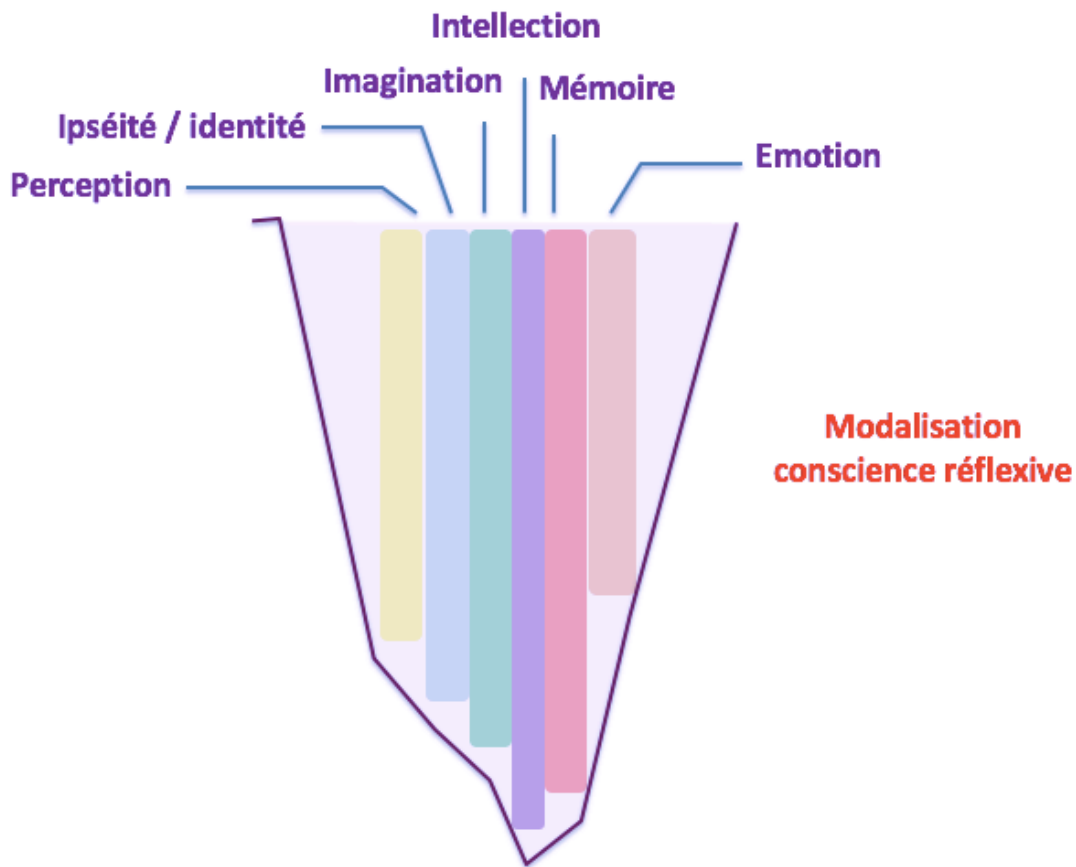
Cette partie reprend l'essentiel de l'article « Modalisation du champ conscientiel : une approche phénoménologique et morphodynamique » de Vion Dury et Mougin (2016) (15). Les concepts abordés et schémas dessinés sont issus de cet article, à la base de la création du questionnaire de cette étude.

Nous avons vu précédemment les multiples tentatives d'explication pour définir la conscience. Aucune n'est vraie, toutes sont possibles. Plutôt que de prendre parti, Vion Dury et Mougin dans cet article abordent la conscience sous un angle phénoménologique, mais sur la base d'un modèle dit morphodynamique (16) selon l'idée générale que la conscience est un flux qui présente en chaque instant une morphologie changeante (morphodynamique), chaque morphologie ayant la structure d'un attracteur (c'est-à-dire d'un ensemble plus ou moins stable de trajectoires possibles dans un système complexe).

Ce modèle descriptif part de la conception husserlienne de la conscience comme vécu. Le thème de la phénoménologie husserlienne est l'étude de l'essence de la conscience, le flux de vécu, « *le cogito* ». Husserl utilise le terme de modalisation à la place d'état de conscience, sous-entendant que la conscience est fluente, qu'elle a une configuration évolutive (4).

Le modèle morphodynamique permet de décrire les modalisations comme des formes au caractère éminemment dynamique et changeant, incluant plusieurs aspects de l'expérience consciente (manières, guises) emmêlés, co-présents et co-variants à savoir l'imagination, la perception, les émotions, la mémoire, l'intellection, l'ipséité (17). Chaque modalisation de conscience (par exemple « conscience réflexive », « rêve », « hypnose ») est représentée par un attracteur qui contient des présentations similaires mais légèrement différentes des aspects emmêlés de la conscience. Une modalisation est en fait un style qualitatif.

Figure n°1 : Représentation possible des manières dans une modalisation donnée.



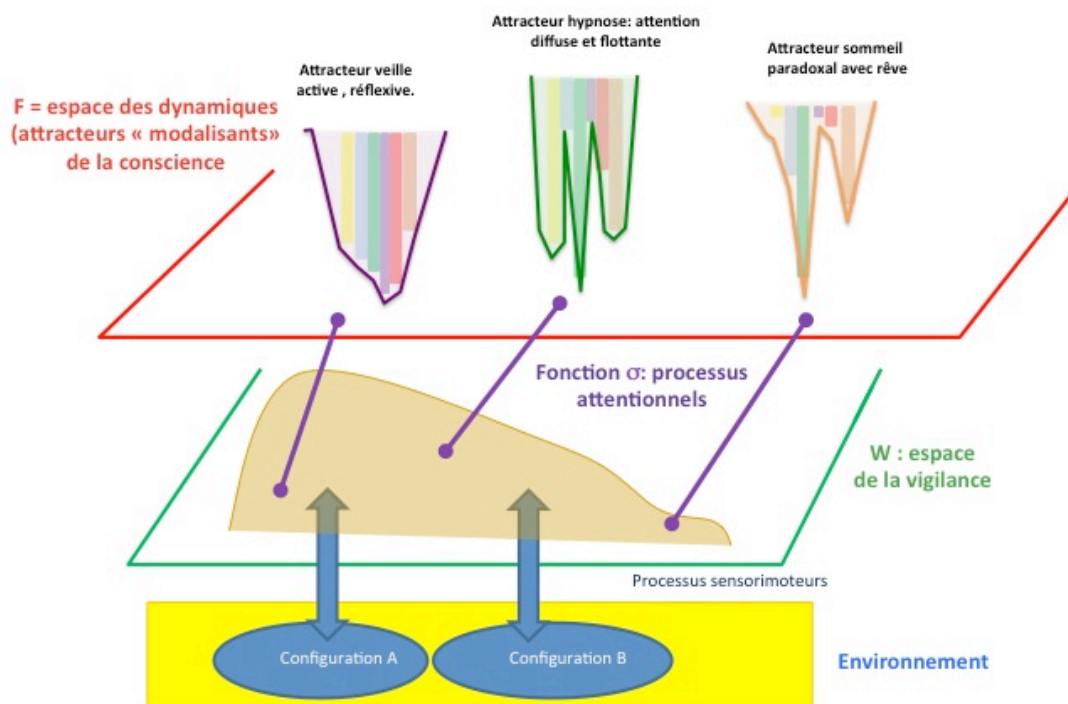
La modalisation a la forme d'un attracteur ; elle est définie par la relative prédominance d'une ou plusieurs manières. Le champ de conscience sera la « surface » (ou le volume) de la modalisation.

C'est un modèle dynamique avec un fonctionnement du système entier uniforme, qui ne préjuge pas de la nature de la dynamique, et dont le changement d'un paramètre (manière) modifie la dynamique totale et affecte en temps réel la valeur de toutes les autres variables du système. Il permet de décrire l'émergence et les variations de la forme, c'est-à-dire des modalisations. Le modèle explique le découpage d'un continuum et les covariations des différentes composantes. Il permet de lier la conscience à la vigilance et aux variations des conditions environnementales. Mais, les auteurs précisent que « *la conscience n'est pas ce modèle de conscience* », c'est-à-dire que ce modèle a pour seule ambition de limiter le réductionnisme inhérent à de nombreux discours sur la conscience, notamment en neurosciences.

Voici à présent la description du modèle morphodynamique appliqué à la conscience tel qu'énoncé dans l'article des docteurs Vion-Dury et Mougin.

Les différentes modalisations de la conscience sont contenues dans un espace F , représenté par différents attracteurs. Certains attracteurs sont quasi stables comme par exemple la conscience réflexive. Les manières peuvent varier sensiblement dans l'attracteur mais le style qualitatif de la conscience réflexive restera le même. La vigilance, déterminée par différentes sortes d'éveils (veille calme, active) et de sommeils (paradoxal, lent) est contenue dans un second espace, l'espace W . Celui-ci est décrit en neurophysiologie, notamment par l'EEG. Chaque configuration de F est associée à une configuration de W . L'élément qui relie ces deux espaces est l'attention, qui agit comme une fonction contrôle σ . Toute variation de F va faire varier W et réciproquement. Quant à l'attention, elle relie de manière réciproque et dynamique les deux espaces. Tout le système évolue en même temps, donc toute variation de modalisation de l'espace F fait varier l'espace W , la vigilance par le biais de la fonction σ , qui elle-même se modifie et inversement. La vigilance est en rapport direct avec les variations de l'environnement. Lorsque l'attention module la vigilance et la modalisation, elle se module par retour de ces modifications. Husserl a beaucoup insisté sur le caractère intentionnel de la conscience. Autrement dit, « les modalisations de la conscience sont orientées vers et par l'environnement. L'attention permet la focalisation ou la défocalisation de la conscience sur l'objet intentionnel, ce qui génère une appréciation différente de l'environnement, dont l'objet intentionnelle fait partie.

Figure n°2 : schémas du modèle morphodynamique de la modalisation des flux de conscience.



Différents types qualitatifs remarquables d'attracteurs « modalisations » sur le plan F, de l'ensemble des modalisations de la conscience. La conscience bascule d'une modalisation type « conscience réflexive » à conscience de type hypnose, par variation des différentes proportions de chaque manière.

Si l'objet intentionnel est un sujet (égo) avec une conscience, il y aura un partage de flux de conscience, ce qui modifie la modalisation. La conscience n'est pas toujours intentionnelle. Elle peut être aussi impressionnelle (18,19). La conscience impressionnelle est la toile de fond de la conscience intentionnelle dans l'expérience de la douleur.

Le phénomène de l'intuition est un autre aspect de cette conscience impressionnelle. L'intuition survient avant que la conscience intentionnelle ne se tourne vers l'objet de cette intuition.

L'hypnose est une modalisation de la conscience où les manières telles que l'imagination et les émotions sont au premier plan et la perception élargie (perceptude d'après François Roustang). La vigilance est alors une veille très calme proche du sommeil avec une attention flottante. L'EEG de l'hypnose montre alors un rythme alpha et thêta, d'autant plus important que la transe est profonde.

Les psychothérapies peuvent être pensées sous le concept de thérapie régulatrice des modalisations de conscience. Cette régulation provenant d'une intersubjectivité disponible pour un partage des flux de conscience entre le thérapeute et son patient, permettent un accordage affectif.

Ce modèle morphodynamique des modalités de conscience permet d'estomper les catégories habituelles d'état de conscience. Elle permet de comprendre la dynamique perpétuelle et l'entremêlement infini de la structure de la conscience, et de voir qu'elle varie en fonction de son environnement.

C. Contexte historique de l'hypnose, quelle place dans les sociétés depuis l'Antiquité

Hypnos personnifie le sommeil dans la mythologie grecque. Il est le fils de la nuit (Nyx), le frère jumeau de la mort (Thanatos) et le père du dieu des rêves prophétiques (Morphée). C'est James Braid, chirurgien Britannique, qui lui donna ce nom en lieu et place de ce que Franz Anton Mesmer (1734-1815) désignait sous le nom de magnétisme animal.

Nous allons explorer les différentes théories sur l'hypnose en présentant un historique.

1. Avant le XVIIIème Siècle

L'hypnose est aussi ancienne que les hommes. On retrouve des traces de pratique de transe chamanique à la préhistoire (peinture rupestre) (20), ainsi qu'à l'antiquité chez les égyptiens, chez les grecs (guérison par les songes) et les hébreux.

Au Moyen Age, la transe mystico religieuse était considérée comme une possession démoniaque. On retrouve la pratique de la transe de tout temps et partout à travers le monde, souvent sous forme d'état mystique intégré dans les sociétés. On retrouve des pratiques chamaniques dans des cultures aussi différentes qu'éloignée géographiquement comme chez les peuples de Sibérie ou les tribus d'Amazonie ou encore les danses des Massai. Certaines pratiques venues d'Orient très à la mode en Occident depuis quelques années tel que le yoga, la méditation bouddhiste ou le qi gong, reposent sur des mécanismes de focalisations intérieures, d'attention et de concentration assimilables à l'hypnose. D'ailleurs comme les prières et les mantras qui ont en commun le recours à un « mot ou phrase » comme stimuli répétitifs servant de point de concentration.

2. XVIIIème Siècle

Mesmer et le magnétisme animal

Mesmer est un médecin allemand qui, pendant le règne de Louis XVI, a inventé la théorie du magnétisme animal. Sa théorie repose sur l'existence d'un fluide magnétique invisible qui rayonne dans l'univers. Ce fluide magnétique permet la propagation d'une énergie qui pénètre les corps vivants comme la matière. Le magnétisme animal est cette capacité des organismes vivants à émettre ce fluide et à le contrôler dans certaines conditions. Les

maladies seraient dues alors à un déséquilibre de ce fluide dans l'organisme et il faut donc rééquilibrer ce fluide magnétique pour soigner. Pour cela il utilise des aimants dans un premier temps puis il conclut à l'hypothèse que le corps même du soignant était apte à réorienter le fluide. Il le réoriente par le toucher autour du patient. L'imposition des mains a de tout temps été utilisée dans divers rituels de guérison. Les patients réagissaient par de violentes convulsions appelées « crises »(21). Il met en place toute une mise en scène afin que le traitement agisse. Entouré de musiciens et d'aides, il s'affuble d'un habit de soie lilas et d'une baquette de fer(22). Dans son appartement parisien aux murs capitonnés de la place Vendôme, il met au point la technique du baquet afin de pouvoir traiter plusieurs patients en même temps (environ 30). Le « baquet » est conçu comme un accumulateur susceptible d'emmagasiner des quantités importantes de ce fluide magnétique. Le baquet est en bois de chêne, d'une hauteur de 50 cm, rempli d'eau jusqu'à 30 cm où trempait du verre pilé, de la limaille et de rangées de bouteilles d'eau magnétisées sur 2 à 3 rangées. Un couvercle percé de trous recouvre le tout ; de ces trous sortent des branches de fer coudées et mobiles. Dans cette pièce, il existe 4 baquets dont l'un, un peu à l'écart, est gratuit : il est réservé aux pauvres et aux indigents. Chacun tient une des tringles de fer recourbées qui sort du couvercle et il l'applique sur la région malade. Une corde attachée au baquet passe autour du corps des patients et les lie entre eux afin de former un seul corps dans lequel le fluide magnétique peut circuler continuellement. Il utilise des « passes » dites mesmériennes sur le corps du malade, et des « crises salutaires » vont alors se déclencher, permettant ou accompagnant le rééquilibrage de l'énergie. La crise est le moment thérapeutique, le moment où les blocages internes cèdent grâce à l'intervention magnétique(23).

Puységur et le somnambulisme artificiel

Armand Marie Jacques Chastenet de Puységur, né en 1751, marquis et colonel de son état est un disciple de Mesmer. En 1784, il est appelé pour soigner Victor Race le fils de son régisseur, qui souffre d'une fluxion de poitrine. Cet homme est un paysan n'ayant jamais entendu parler des convulsions provoquées par les aimants(22). Puységur procède comme d'habitude mais le patient réagit en s'assoupissement immédiatement. Il va mettre en évidence la capacité de certains sujets magnétisés à agir et à communiquer pendant l'état magnétique. Les sujets, lorsqu'ils sont dans cet état, peuvent communiquer verbalement avec le magnétiseur. Ils sont apparemment de plus capables d'accéder à des capacités et des connaissances accrues, cet

état est désigné comme « somnambulisme artificiel ou magnétique» (24). Cette interaction verbale somnambule-magnétiseur inaugure la démarche psychothérapeutique.

Cette première partie de l'histoire de l'hypnose qui se déroule peu avant la révolution française est marquée par un essor extrêmement rapide.

Le magnétisme intéresse les français quelle que soit leur couche sociale. En ce qui concerne les médecins, nombreux sont ceux qui vont adopter cette pratique comme en témoigne l'historien J.-P. Peter.

En 1784, Puységur publie un « Mémoire pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal ». Puis, l'année suivante, un deuxième ouvrage au titre de « Suite des mémoires » pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal. Il emmène ensuite Victor à Paris pour le présenter à Mesmer et fonde la Société harmonique des amis réunis destinée à la formation des magnétiseurs.

Ses ouvrages comme ses pratiques vont avoir un succès considérable, d'autant que Puységur fonctionnait sur ses fonds personnels. La pratique de Puységur se prolongera après la révolution et pendant une partie du XIXème siècle.

Cet engouement conduit d'ailleurs les autorités médicales à demander une expertise de cette pratique. Le mesmérisme fut l'objet d'une enquête dirigée par une commission royale de Paris, présidée par Benjamin Franklin (ambassadeur des États Unis en France)(22).

Deux commissions seront nommées qui, après examen de la pratique magnétique sur la base d'expérience élaborées avec comparaison placebo, contesteront la réalité physique du fluide tout en reconnaissant la réalité des effets thérapeutiques observés qui serait dû à l'imagination.

En 1785, la pratique magnétique sera interdite aux médecins sur la base d'un rapport secret remis au Roi Louis XVI mettant l'accent sur les risques d'épidémie sociale et les dangers pour les mœurs.

A la même époque, l'abbé JC de Faria, moine portugais étudié les méthodes d'inductions et de suggestion verbales qui provoquent ce qu'il nomme le « sommeil lucide ». Il pense que c'est le patient qui attribue au magnétiseur à tort un certain pouvoir.

Charles de Villers (1765-1815) réfuta lui aussi la théorie de Mesmer, étant persuadé que seul la relation médecin malade a le pouvoir thérapeutique et non pas le fluide magnétique et les correspondances astrales (22).

3. XIXème siècle

James Braid

C'est James Braid (1795-1860), médecin écossais qui remettra au goût du jour la pratique de l'hypnose. Il est chirurgien et médecin généraliste à Manchester(22).

Il a été formé au mesmérisme par un magnétiseur français, mais n'adhérait pas à la théorie du magnétisme animal. Il décrit le phénomène comme un mécanisme physiologique, un état voisin du sommeil. Il renomme le phénomène hypnotisme et crée la « neurohypnologie », discipline qui étudie et traite des troubles nerveux fonctionnels. Il pensait que certains centres cérébraux fatigués par la tension occasionnée par la fixation oculaire, provoquaient un « sommeil nerveux »(21). Il fait l'observation que le tonus musculaire du patient en état d'hypnose diffère de celui qui dort ; une personne hypnotisée par exemple ne lâche pas l'objet qu'elle a en main, et ses réflexes ostéo tendineux peuvent être déclenchés contrairement au dormeur. Il continue de mettre en évidence les mécanismes psychologiques de l'hypnose, il insiste sur l'importance de la concentration mentale dans le processus d'induction plus que la fatigue physiologique. Il prend aussi en compte le rétrécissement du champ de conscience du sujet sous hypnose et le rôle de la suggestion dans la thérapeutique. A son époque la technique se propage, utilisée surtout comme méthode d'anesthésie et analgésie en chirurgie. Par exemple James Esdaile pratiqua plus de trois cents interventions chirurgicales sous hypnose(22).

Charcot, Janet et les théories organistes et physiologiques

Avec la mort de Braid, l'engouement pour l'hypnose diminua jusqu'aux années 1880. Mais l'intérêt qu'y porte Jean Martin Charcot (1825-1893), neurologue français directeur de la Salpêtrière, dans le traitement de l'hystérie remit au goût du jour la pratique de l'hypnose. Pour Charcot, celle-ci est un état neuropathologique caractéristique de l'hystérie, c'est une névrose hystérique artificielle(20). Il recherche des localisations cérébrales et les zones érogènes. Il fait des démonstrations sur scène avec les patients hospitalisés pour hystérie et décrit la crise en trois phases : léthargie, catalepsie et somnambulisme(22). Il pouvait induire ou supprimer les symptômes de conversion hystérique par des suggestions post hypnotique. Charcot considère la suggestibilité comme un trait caractéristique des patients hystériques et Gustave le Bon comme la responsable du caractère contagieux des paniques collectives.

Pierre Janet (1859-1947) développe une théorie de la dissociation. Il fait un lien entre hystérie, traumatisme et dissociation(20,25,26). L'hypnose a alors le rôle de réduire la dissociation traumatique (idée fixe) par la suggestion et de restaurer l'unité de l'esprit en supprimant les symptômes.

Pour Pavlov, l'hypnose est un sommeil partiel (20).

L'école de Nancy et les théories psychologiques

L'école de Nancy, avec Auguste Liébeault et Hippolyte Bernheim, considère le phénomène hypnotique comme un processus normal de la suggestion. Liébeault admet que la susceptibilité de chaque personne est différente mais que tous pouvaient être hypnotisés. Il est médecin de campagne et pratique l'hypnose gratuitement afin d'acquérir de l'expérience pour ses travaux de recherche(22). Il met au centre du processus hypnotique la relation de confiance et de sympathie entre le patient et le médecin et vérifie par son expérience que tous sujet peut être hypnotisé à condition qu'il le veuille et qu'il coopère avec le thérapeute. Pour Bernheim, l'hypnose est un processus psychique normal. Bernheim et Liébeault voient dans l'hypnose une exacerbation de la suggestibilité normale du sujet et Bernheim évoluera vers l'idée que l'hypnotisme n'existe pas, que seule la suggestibilité existe. Il introduit la notion de psychothérapie hypnotique (20). Coué de la Chataigneraie mettra en évidence l'importance de la suggestion. Il invente une méthode basée sur l'autosuggestion qui prend en compte le rôle de l'imagination dans la guérison. Cette méthode est à la base de la sophrologie (20).

4. Début XXème Siècle

Freud

Sigmund Freud (1856-1939), élève de Charcot en 1885, pratiqua l'hypnose. Il pense plus que Charcot à l'importance des facteurs psychologiques dans l'hystérie (27). Il travaille avec Breuer sur l'hystérie pour en conclure que les patients souffrent de réminiscences refoulées dans l'inconscient. Ils mettent au point une thérapie, l'abréaction, qui se fonde sur la réactivation des expériences traumatiques pendant une séance d'hypnose. La pratique de l'hypnose de Freud est plus proche de celle de l'école de Nancy que celle de Charcot.

Il pratique pendant de nombreuses années l'hypnose. Il arrête cette pratique progressivement jusqu'en 1896 où il utilisera l'hypnose uniquement à but expérimental. Freud reproche à

l'hypnose de masquer les résistances et de ne pas pouvoir être appliqué à tous avec la même fiabilité (profondeur de la transe). Ce constat n'était souligné que par les hypnothérapeutes utilisant la suggestion, contrairement aux magnétiseurs qui eux penser que l'hypnose est utilisable sur tout le monde. L'épisode de la patiente se jetant au cou de Freud à l'issue d'une séance d'hypnose fut à l'origine de l'élaboration de sa théorie du transfert. Il fait aussi le reproche à l'hypnose que ses succès cessent dès lors que la relation avec le praticien cesse. Pour lui « l'amour de transfert » est au cœur du processus thérapeutique(20), il se produirait une régression à une relation antérieure de type relation parent/enfant. Dans son étude de la suggestion, il considère l'hypnose comme un état amoureux, une foule à deux dans laquelle la soumission, la docilité, la perte de l'état critique et l'identification sont à l'œuvre. Ferenczi voit quant à lui une réactivation du complexe d'Œdipe dans le processus de l'hypnose. L'hypnose devient dès lors moins utilisée à but thérapeutique, mais reste un domaine de recherche actif à travers le monde.

5. Des années 1940 à nos jours

Heinrich Schultz (1884-1970), psychanalyste crée le training autogène, c'est une méthode de relaxation qui articule les concepts psychanalytiques à l'hypnose.

Kubie et Margolin, estime que le transfert n'est pas nécessaire à l'induction de l'hypnose. L'induction serait dû à une élimination progressive des stimuli ce qui conduit à une dédifférenciation du moi et du monde extérieur réalisant une régression comparable à celle du nourrisson. Ils fondent une théorie de l'autohypnose, dans laquelle l'absence de l'hypnotiseur est remplacé par une présence représentant les figures de protection et d'autorité. Gill et Brenman appuie eux aussi sur l'importance de la restriction sensori-motrice dans l'induction ainsi que sur la volonté, la motivation et le relationnel comme base du processus hypnotique.

Hull lance des travaux de recherches de grande ampleur sur l'hypnose à l'université de Yale. Pour cela il utilise les méthodes de psychologie expérimentales moderne. Il étudie la suggestibilité, et conclut qu'elle permet d'influencer partiellement les performances des patients : modification des seuils sensorielles aux stimulus, amnésie post hypnotique, analgésie et anesthésie hypnotique. Il défend l'idée que l'état hypnotique est un état mental normal et naturel.

D'autres recherches sur l'hypnose aboutiront à la création d'échelle de susceptibilité comme celle de Stanford de Hilgard et Weitzenhoffer en 1961 (2).

Léon Chertok (1911–1991), considère que les analystes négligent la pratique de l'hypnose, et l'a réintroduit dans la cure analytique. Chertok considère l'hypnose comme un « Quatrième état » de l'organisme actuellement non objectivable qui renverrait aux relations pré-langagières d'attachement de l'enfant.

Erickson

Biographie : Milton Erickson, psychiatre américain et élève de Hull, va réhabiliter la pratique de l'hypnose dans le champ de la psychothérapie. Il est né en 1901 et a grandi en milieu rural (Nevada et Wisconsin). A l'âge de 17 ans, il est victime de poliomyélite, et se retrouve paralysé. Il arrive en un an à récupérer sa motricité, développe au cours de cette période d'immobilisation des techniques de concentration mentale intérieure (hypnose) et affine son sens de l'observation. Il utilise l'autohypnose comme outil sur ses douleurs. Il gardera de cette maladie des séquelles et sera les 13 dernières années de sa vie dans un fauteuil roulant. Il souffre d'autres handicaps : daltonisme et dyslexie. Il ne parvient pas à reconnaître ni à reproduire un rythme et ne reconnaît pas les sonorités musicales. Il a mis seul en place des techniques pour palier ses handicaps et a réussi à faire des études de psychologie et de médecine à l'université du Wisconsin. Il a pratiqué et enseigné la psychiatrie dans le Massachusetts et dans le Michigan avant de s'installer définitivement à Phoenix dans l'Arizona, où il s'installa en libéral et fit de la formation jusqu'à la fin de sa vie. En 1923 il s'intéresse à l'hypnose, se détache des conceptions de l'hypnose de ses maîtres et fait de nombreux travaux de recherche. Il a été Président de l'American Society of Clinical Hypnosis, membre de l'American Psychiatric Association et de l'American Psychopathological Association, fondateur et rédacteur en chef de l'American Journal of Clinical Hypnosis. Dans les années 1950, le groupe Palo Alto, dont le leader est Gregory Bateson, reconsidère l'importance de l'environnement et du contexte interactionnel dans l'apparition des troubles psychiques. Il existe une influence mutuelle du groupe Palo Alto et de Milton Erickson. Il décède en 1980 d'une infection aiguë.

La pratique de l'hypnose de Milton Erickson

Erickson fonde une nouvelle méthode et technique de la pratique de l'hypnose (28). Il place le patient au centre de la guérison, acteur de celle-ci. Il insiste sur l'unicité de chacun de ses patients et du respect indispensable à chacun d'eux. Il faut adapter à chacun une méthode afin qu'elle réponde au besoin particulier de la personne dans son environnement à l'instant t.

Il crée de nombreuses techniques thérapeutiques, utilisant des procédés métaphoriques. Il considère l'inconscient comme une réserve de ressources, et incite le patient à s'en remettre à cette forme de fonctionnement de l'esprit. Milton Erickson a la certitude que chaque patient possède en lui les ressources nécessaires à sa guérison, que le patient en état de transe hypnotique a accès à ses ressources intérieures. Son idée est que chacun d'entre nous n'utilise qu'une partie de nos capacités en fonction de son parcours de vie. Les ressources sont la capacité d'une personne à modifier et s'adapter à son environnement ainsi qu'aux changements inéluctables au cours du parcours de vie.

Les suggestions étaient avant lui fondées sur des propositions de solution directe du problème au patient. Le thérapeute intervenait très activement dans les suggestions avec une relation de relative autorité. Les suggestions post hypnotiques s'inscrivaient dans la même perspective. Erickson utilise des techniques de suggestion indirecte. Il développe des méthodes pour faciliter le passage à l'hypnose comme des formulations diminuant la pression (permissivité des énoncés, truismes) facilitant l'attitude positive du sujet et désarme les résistances avec la négation, la surprise, la confusion. Elles permettent de donner une place active au sujet. Le changement est rendu possible par la transe, la relation au thérapeute et l'accès au sujet à ses propres ressources. Certaines situations l'obligent à faire des suggestions externes. Étant la seule solution possible, il estime que l'objectif complet n'est atteint que lorsque le changement vient du patient lui-même. Il utilise l'engagement dans l'imaginaire comme l'engagement à aller à la rencontre des diverses ressources du patient (29).

François Roustang

François Roustang a une vision athéorique et en même temps très particulière de l'hypnose qui fera l'objet d'une partie à part entière dans l'introduction (20)(30).

Les théories néo dissociatives

L'hypnose est considérée comme un état modifié de conscience. Cet état hypnotique est associé à un état modifié des fonctions cérébrales. L'hypnose est induite par une relation duelle, et sa dynamique se fonde sur la suggestibilité. Hilgard, dans les années 70, propose la théorie néo dissociative(22,31), reprenant les théories de Janet. Il suppose une dissociation de la conscience bipartite où chaque état de conscience est sur le même plan et coexiste (20).

Les théories psycho sociales

Les théories psycho sociales se fondent sur l'idée que l'hypnose est un rituel social et qu'elle n'est pas nécessaire à la production des effets hypnotiques.

L'hypnose n'est pas nécessaire à la suggestion. Elle est une prise de rôle et non pas un état de conscience spécifique. C'est un processus psychologique normal d'après Sarbin (1950)(32) et Barber (1970). Pour Spanos (1980)(33), les attitudes, les croyances, les imaginations, les attributions et les attentes façonnent le phénomène hypnotique. Sa théorie socio psychologique rejoint celle de Sarbin. L'hypnose serait une stratégie d'auto-tromperie où les individus transforment leurs imaginations, pensées et sentiments en expérience et comportement conforme à l'idée qu'ils se font de la réponse qu'aurait un sujet hypnotisé dans le contexte hypnotique et face aux suggestions.

Kirsch (1985,1991,1994) (34) propose la théorie de l'espérance de la réponse qui est proche de celle de Coué. Les sujets en situation hypnotique auraient une espérance de réponse (croyance).

L'hypnose est née en même temps que l'Homme, elle est une capacité universelle de chaque individu. De nombreuses théories du phénomène hypnotique évolue au grès du temps et surtout des courants de pensées politiques, religieuses et culturelles.

D. L'hypnose selon François Roustang

Dans ce travail, nous aborderons l'hypnose essentiellement par le biais de la conception qu'en a François Roustang (30), car c'est celle qui nous aide le plus à comprendre les bases de notre travail. Nous laisserons donc de côté les approches de la psychologie cognitive, comme les approches psychanalytiques.

Biographie : né en 1923, François Roustang est un philosophe et psychothérapeute français. Il fait des études de philosophie, théologie puis de psychopathologie et il est membre la compagnie de Jésus. Il écrit et dirige une revue jésuite puis en 1965, il devient membre de l'école freudienne de Paris de Jacques Lacan. Il devient psychanalyste. Progressivement il s'éloigne de l'église catholique jusqu'en 1967. Dans les années 80, il prend aussi ces distances avec la psychanalyse après la dissolution de l'école freudienne. Son intérêt se porte alors de plus en plus vers l'hypnose. En 1983 il se forme à l'hypnose et en 1986 il confirme sa rupture avec la psychanalyse. Il s'impose progressivement comme une référence dans le monde francophone dans le domaine de la théorisation de l'hypnose. En 1994 il écrit « *Qu'est-ce que l'hypnose ?* ». Il écrit d'autres livres destinés au grand public sur la psychanalyse et l'hypnose comme « *Comment faire rire un paranoïaque* » en 1995, « *Savoir entendre* » en 2006, « *Il suffit d'un geste* » en 2003. Il décède en 2016.

L'hypnose, vue par Roustang, ne se fonde pas sur une notion de psychopathologie. Elle n'étudie pas non plus le sujet humain en lui-même c'est-à-dire son psychisme car elle saisit la personne par et dans son environnement, et dans et par son rapport au monde. Elle n'est ni objective, ni subjective, ni collective ou individuelle. Il n'y a pas besoin d'interprétation avec l'hypnose contrairement à la psychanalyse, il n'y a pas besoin de faire appel au passé. Le but de l'hypnose est de faire surgir dans le présent les potentialités cachés et insoupçonnées de chacun. La question n'est pas pourquoi nous avons ce rapport au monde mais comment le modifier.

L'hypnose comme veille généralisée

Roustang donne le nom de veille paradoxale (ou veille généralisée) à l'état hypnotique en contrepoint du sommeil paradoxal. Le sommeil paradoxal est la dernière phase d'un cycle de

sommeil au cours de laquelle les rêves apparaissent. Cette veille paradoxale a des points communs avec le sommeil paradoxal : elle revêt les insignes (immobilité, yeux clos) du dormeur, sépare l'hypnotiseur des stimuli afférents. Pourtant, elle se caractérise par une vigilance accrue, une vigilance généralisée qui englobe tous les paramètres de l'existence. L'état hypnotique est la possibilité de revenir à une potentialité que l'on a à la naissance et qui détermine notre rapport au monde toute notre vie. Le nourrisson a le pouvoir d'ordonner, de différencier, de situer relativement les uns aux autres les être et les choses. Il traduit une langue sensorielle en une autre (il reconnaît par la vue ce qu'il a touché par exemple).

Cette compréhension du monde du nourrisson met en évidence les distinctions arbitraires que nous faisons. Le nourrisson, pour être dans la société, va devoir se conformer à la vision arbitraire du monde des adultes.

La veille généralisée (ou veille paradoxale) suppose une disposition d'esprit bien particulière : la disponibilité du non-vouloir. Notre quotidien, c'est la veille restreinte. Afin de passer de l'un à l'autre, il faut la disposition, l'acceptation d'une chose et de son opposé. La veille généralisée fait apparaître un autre rapport au monde. C'est cette veille généralisée que l'on expérimente lors de la transe hypnotique. Cette veille paradoxale englobe tout ce qui existe et le réintègre en nous afin de créer un nouveau rapport au monde, à notre environnement. C'est la condition du changement. Elle nous fait prendre part au monde plutôt que d'y être observateur distant. Elle nous ouvre le champ des possibles au-delà du regard de la veille restreinte.

L'induction hypnotique permet un retrait du monde extérieur avec un repli sur soi, sur sa vie personnelle. Elle développe cette veille généralisée, veille « *trop vaste pour notre regard qui nous oblige à fermer les yeux comme le ferait un dormeur* ». L'hypnotiseur, « l'éveilleur », n'existe pour l'hypnotisé que s'il lui renvoie sa propre intention et que si la suggestion l'aide à la réalisation de cette intention. Un accordage très fin entre le thérapeute et le patient est requis, prenant en compte la singularité de la personne et les limites de son environnement. Or, Roustang dira « *ce que, dans la relation, le thérapeute ne juge pas possible, cela ne saurait arriver* ». Modifier son rapport au monde c'est pouvoir jouer avec les systèmes de référence en n'en privilégiant aucun et même en les faisant coexister.

Hypnosabilité et la suggestibilité

La veille généralisée est une caractéristique essentielle de l'être humain. Pourtant certaines personnes peuvent résister à cette veille paradoxale pour de multiples raisons qui leur sont propres. La suggestibilité apparaît chez les personnes ayant perdu leurs repères dans la veille restreinte ; dès lors ils se trouvent dans un état de confusion et font confiance à l'hypnotiseur qui est toujours dans le « monde organisé » et les guide, même si l'hypnotiseur est également lui aussi en transe. Le patient reçoit les propositions et les accepte lorsque cela ne l'engage à rien et n'a du coup pas de raison de s'y soustraire. Il refuse tout acte allant contre sa conviction.

La veille généralisée peut faire peur car elle fait perdre le contrôle des pensées, des gestes et des sentiments. Il est du coup plus commode, moins effrayant de rester dans la veille restreinte où nous pensons avoir le contrôle. Mais François Roustang nous explique que : « *la perte de nos repères coutumiers n'est qu'un léger dommage en comparaison d'une existence qui s'impose et qui doit être acceptée avec ses insignifiances, ses impulsions, ses médiocrités, celles qui ont déjà eu lieu avant, celle qui pourraient avoir lieu* ».

Pour Roustang, la peur de la veille paradoxale, c'est-à-dire de l'hypnose, c'est la peur d'exister. La peur de la mort, il la définit comme la peur de la vie « *dans ce qu'elle a déjà octroyé et plus encore dans ce qu'elle contient de menace par ses imprévus ou ses créations. Nous préférons donc rester à l'horreur et à la mort qui nous gardent à l'abri des nouveautés* ».

Roustang met en évidence les risques de l'hypnose et insiste sur le fait que croire à une hypnose sans risque est de l'ordre de la naïveté. Car en effet, le patient peut lui-même se faire des suggestions sous hypnose, qu'il pense bénéfiques mais qui à long terme son dommageables pour lui. Il peut aussi avoir de faux souvenirs, certains praticiens poussant leur patient à ce souvenir de trauma. Or le patient, pour faire plaisir au thérapeute ou pour se constituer une personnalité d'emprunt, peut se créer de faux traumas. Même si la suggestibilité peut être à double tranchant, si elle n'existait pas, il n'y aurait pas de modification, pas de possibilité de faire émerger les possibles. Le pouvoir est toujours entre les mains du patient. L'état hypnotique favorise les remaniements psychiques et l'hypnothérapeute est là pour les guider par la suggestion, mais les suggestions sont parfois à double tranchant et leur résultat n'est jamais prévisible.

La disposition

La disposition : c'est la liberté ; elle « *dé-détermine les membres de l'alternative pour qu'ils retournent à leur état de pure possibilité* ». La disposition n'est pas le libre arbitre. Le libre arbitre est dans le registre de la veille restreinte, c'est le pouvoir de se déterminer dans un sens ou un autre avec des possibilités qui lui sont déjà déterminées.

Être dans la disposition, c'est être apte aux remises en causes radicales de ses idées, de ses valeurs et de ses certitudes, c'est être prêt tous les jours à tout et à rien. Les peines, les souffrances deviennent des occasions de réinventer sa vie, ses liens.

La pure attente, c'est s'attendre à tout et à n'importe quoi. L'attente se vide délibérément pour rester en contact avec tous les possibles et leur laisser la place de devenir. C'est l'anticipation de tous les possibles éventuels. Lorsque l'on est dans cette attente, surgit souvent une solution qui est là et à laquelle on n'avait pas pensé ; celle-ci émerge d'on ne sait où, mais elle signifie qu'on était en contact avec tous les possibles.

En hypnothérapie, il faut supposer le problème résolu, c'est à dire se mettre en veille généralisée et y resituer la difficulté. La disposition est toujours hors de notre atteinte volontaire, on ne peut que s'y orienter ou s'apercevoir de son incapacité à se tourner vers elle. Elle nous est donnée, seulement nous ne sommes jamais prêts à voir la disposition se donner, car nous pensons maîtriser notre vie. On ne laisse pas l'anticipation s'approfondir, nous allons directement aux solutions déjà connues. De nouvelles possibilités peuvent faire jour si nous avons été délivrés des liens étroits et évidents des constituants de notre existence.

La modification

La modification de notre système de référence pourra se faire par la prise de contact avec la source de tout système de références. Pour être dans l'anticipation, il faut se placer là où le possible actuel est effectué et dans la direction où le possible de demain pourra s'effectuer. Alors là seulement des possibilités feront jour.

Une thérapie par le corps et l'imagination

Dans l'hypnose, on se replace dans l'état premier de l'existence. Avoir un corps et l'accepter, c'est être réduit à une existence avec des déterminations et vivre en étant soumis à la mort. Cela génère angoisse et horreur.

L'hypnose a le souci d'éveiller le corps et de se servir de ce qu'il éprouve, révèle, trahit et manifeste. Le corps ment moins que les paroles. Contrairement à d'autres psychothérapies, l'hypnose fait prendre corps aux imaginations, pensées et sentiments. Habiter son corps peut être un frein, une résistance pour certaines personnes. « *Être à sa place, c'est supporter que l'environnement puisse être rapporté à nous, que nous prenions forme en fonction de lui et qu'il prenne forme à notre égard* ».

Alors il sera possible de prendre sa place, c'est-à-dire d'entreprendre des tâches qui vont fatalement modifier tous les liens, tous les rapports de forces en présence. Ce qui conditionne le travail de l'imagination s'est le redoublement de la place exacte où se situe la personne. Roustang a l'habitude de demander au patient s'il est bien dans son fauteuil, par exemple si le contact du cuir n'est pas trop désagréable ou si les bras du fauteuil ne sont pas trop étroits. Cela permet à la personne de se situer dans son rapport à la réalité présente à travers les sensations corporelles.

Roustang établit la règle suivante : « *Tout ce que l'on peut imaginer se réalise lorsque et parce que la place dans le monde a été trouvée et qu'a été prise la décision de s'y tenir avec la plus grande exactitude* ».

La dissociation qui rend service dans la pratique de l'analgésie n'est que la face « négative », mais efficace de la veille paradoxale. L'autre face est l'association de tous les éléments constitutifs de la personne en vue d'une totale présence à l'acte.

La confiance dans la veille paradoxale est l'aboutissement de l'apprentissage du non-agir où il suffit d'attendre pour que les choses arrivent. Cette position est très proche de la position phénoménologique qui consiste à laisser venir à soi ce qui se phénoménalise.

L'hypnose vise à donner au sujet hypnotisé la possibilité de trouver sa propre place et de laisser son imagination la rejoindre et la refondre. C'est quand le sujet ne s'imagine rien que l'imagination est la plus forte, qu'elle se soumet à la réalité et laisse prendre toute la place dans le présent. Par exemple le patient vient chez le thérapeute en imaginant être guéri par l'hypnose de ses symptômes et c'est cette imagination qui est efficace.

Le rôle du thérapeute est d'anticiper, il précède le patient dans la veille paradoxale, il devient une présence, une chose qui ne veut rien et ne pense rien, ne cherche pas la modification. Celle-ci viendra quand elle voudra. C'est en se mettant en veille paradoxale qu'il entraîne aussi le patient. Lorsque le thérapeute parle, il quitte la disposition. L'hypnotisé est coupé de tout afflux sensoriel, il quitte l'environnement perceptif restreint. Le thérapeute n'est plus qu'un

élément du monde. Il est impuissant et s'ouvre à l'univers du patient, il est lui aussi dans la disposition. Roustang dit que le thérapeute commence son travail que dans la mesure où il s'est détaché de sa propre existence et fait sienne l'existence de l'autre dans sa globalité.

François Roustang a une approche spécifique du phénomène hypnotique. Il invente le concept de veille généralisé (paradoxe) pour qualifier l'hypnose. Cet état de veille généralisé donne accès au pouvoir du rêve, de l'imaginaire pour reconfigurer le monde.

C'est sur la base d'une approche morphodynamique de l'expérience consciente qu'a été créé le Questionnaire d'évaluation qualitative de la fluidité des modalisations de la conscience (EQFMC). Si l'on suit le modèle morphodynamique, on voit que le passage d'une veille attentive à l'hypnose par exemple, sous l'effet de la modification de l'attention constitue un changement rapide, mais progressif d'attracteur (de modalisation) avec une réduction de l'aspect intellectif et une augmentation de la composante imaginative notamment, le tout dans un flux. Plus ce changement sera rapide, plus on peut penser que sujet sera capable de « lâcher prise ». C'est cette capacité à changer de modalisation de conscience que le questionnaire EQFMC veut évaluer dans un contexte clinique ou phénoménologique.

Aucun autre questionnaire de ce type n'existe dans la littérature, ce questionnaire ne recouvre pas les questionnaires d'hypnotisabilité ou de suggestibilité. Il n'évalue pas non plus la flexibilité cognitive, parce qu'il interroge des aspects de la conscience qui ne sont pas à proprement parler cognitifs.

II. Objectifs de l'étude

Le but de notre étude est :

- 1) De valider un questionnaire, simple rapide permettant l'auto-évaluation de la capacité d'un sujet à changer rapidement de manière d'être de sa conscience, ce que l'on appelle communément le « lâcher-prise ».
- 2) D'évaluer les changements de score de ce questionnaire à la suite de sessions d'hypnose à visée antalgique chez des patients consultant pour des douleurs chroniques.

III. Hypothèse

La pratique de l'hypnose est de nature à modifier la flexibilité de la présentation de la conscience (ses guises, ou modalisations) ce qui revient à dire que l'hypnose peut modifier la capacité à lâcher prise.

IV. Matériel et Méthode

L'étude réalisée est une enquête pilote menée auprès de quelques individus de la population cible, en vue de tester le questionnaire EQFMC et mettre en évidence sa capacité d'évaluer qualitativement la fluidité des flux de conscience.

A. Construction du questionnaire EQFMC évaluant qualitativement la fluidité des modalités de la conscience

Comme nous l'avons vu plus haut, ce questionnaire n'a pas pour but de remplacer les questionnaires d'hypnotisabilité ou de suggestibilité. Il n'évalue pas non plus la flexibilité cognitive, parce qu'il fait intervenir des aspects de la conscience qui ne sont pas à proprement parler cognitifs.

Il est conçu pour évaluer également les capacités d'un sujet à passer de la conscience réflexive à la conscience pré-réflexive de manière souple et rapide dans les Entretiens d'Explicitation (EDE, Vermersch) et dans les Entretiens Phénoménologiques Expérientiels (EPE, Mouglin et Vion-Dury).

La rédaction du questionnaire a été précédée d'une série d'entretiens non directifs auprès d'un échantillon contrôlé représentatif de la population cible afin de permettre de préciser l'information à recueillir et ses modalités d'expression.

Le questionnaire a été proposé à certains patients du centre de la douleur (Dr A. Donnet) selon les modalités suivantes.

Dans ce centre, une fois par semaine l'IDE hypno-praticienne propose un groupe de relaxation pour les membres de l'équipe du Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD). L'entretien avec les membres de l'équipe, participants aux séances proposées, a permis l'élaboration d'un premier jet du questionnaire.

Nous avons effectué un entretien individuel non directif avec les membres participants au groupe. Nous avons livré ce qu'ils vivaient comme expérience au cours de la séance d'hypnose, ce qu'ils ressentaient pendant et après les sessions. Du contenu de ces entretiens, des idées directrices et récurrentes sont apparues ; un vocabulaire commun est ressorti comme le mot « flotter », « détente » et la notion de liberté. L'analyse sémantique du vocabulaire utilisé par

les enquêtes a permis de retenir dans le questionnaire les mots clefs et les énoncés les plus employés.

Puis, dans un second temps l'ébauche du questionnaire a été soumise à un groupe de travail de phénoménologie, l'Atelier de Phénoménologie Expérientielle (APHEX), constitué d'une équipe de chercheurs de différentes spécialités comme des linguistes, psychologues, psychiatres, psychomotriciens.

Issus du travail de ce groupe de travail, trois questionnaires ont été créés :

- Un questionnaire ayant pour but d'évaluer la flexibilité des flux de conscience propre à la personne à une période de sa vie en dehors de toute thérapeutique cherchant à la favoriser (le questionnaire « trait »)
- Un pour la mettre en évidence après une séance d'hypnose thérapeutique (le questionnaire « état »).
- Un pour évaluer l'effet à long terme d'une cure d'hypnose ou d'une pratique d'introspection réglée sur la faculté à passer rapidement d'une modalité de conscience à un autre (questionnaire « effet »).

B. Différents types de questionnaires

1. Questionnaire trait

Le questionnaire est en annexe n°2.

Il comprend 17 items cherchant à explorer la flexibilité de flux de conscience caractéristique du sujet à une période donnée de sa vie. Les questions des trois questionnaires créés sont pensées en termes d'évolution dynamique du psychisme du patient.

Les réponses sont des réponses semi-qualitatives ordonnées, proposant une gradation temporelle. Pour l'analyse de résultats de ce questionnaire, les tests paramétriques sont employés car nous soutenons l'hypothèse de continuité « même distance » entre chaque réponse possible est retenu.

Cotation

- Pour les lignes indiquées par 1 (fluidité élevée), la réponse « toujours » est cotée 6, « souvent » = 5, « parfois » = 4, « rarement » = 3, « très rarement » = 2 ; « jamais » = 1.
- A l'inverse, pour les lignes indiquées par 0 (fluidité faible), la réponse « toujours » est cotée 1, « souvent » = 2, « parfois » = 3, « rarement » = 4, « très rarement » = 5 ; « jamais » = 6.

2. Questionnaire état avant et après une séance d'hypnose

Le questionnaire est en annexe n°3.

Il s'agit d'évaluer la capacité d'un sujet à changer rapidement les modalisations de la conscience, et en particulier les changements qu'opèrent une séance hypnose ou bien une explicitation de l'expérience consciente. Elle est explorée également par 17 items caractérisant le ressenti présent, immédiat, contemporain de l'action de répondre aux questions.

Les modalités de réponses sont des réponses qualitatives ordonnées, proposant une gradation vraie, faux.

Cotation :

- Pour les lignes indiquées par 1 (fluidité élevée), la réponse « oui » est cotée 4, « plutôt oui » = 3, « plutôt non » = 2, « non » = 1.
- Pour les lignes indiquées par 0 (fluidité faible), la réponse « non » est cotée 4, « plutôt non » = 3, « plutôt oui » = 2, « oui » = 1.

3. Questionnaire effet évaluation d'une cure sur la flexibilité des flux de conscience

Le questionnaire est en annexe n°4.

Les items sont les mêmes que le questionnaire état avant et après. Les modalités de réponses sont des réponses qualitatives ordonnées, proposant une gradation vraie, faux.

Cotation :

- Pour les lignes indiquées par 1 (fluidité élevée), la réponse «oui» est cotée 4, « plutôt oui » = 3, « plutôt non » = 2 , « non » = 1.

Le questionnaire n'a pas pu être testé dans cette étude.

C. Éthique

Tous les patients inclus ont signé un consentement après information et garantie de l'anonymisation de leurs données personnelles, et information claire et appropriée des objectifs de l'études. Le consentement se trouve en annexe n°1.

D. Population pour un questionnaire trait : critères d'inclusions, caractéristiques de la population de sujets sains

Le questionnaire a été testé en dehors de séance d'hypnose chez une population témoin ayant déjà pratiqué ou non l'hypnose. Cette population témoin est issue de notre réseau personnel de connaissance.

Les critères d'inclusions sont les suivants :

- Sujet acceptant de répondre au questionnaire
- Tout âge et genre indifférencié, afin de disposer d'un échantillon le plus large possible

Il n'y a pas de critère d'exclusion

Dans cette population le questionnaire FFMQ (de mindfulness) était également présenté aux sujets après le questionnaire EQFMC afin d'établir la spécificité de chaque questionnaire.

E. Population pour un questionnaire état : critères d'inclusions, caractéristiques de la population

Les patients inclus dans la présente étude ont été sélectionnés parmi les patients de l'hôpital universitaire de l'AP-HM, dans le service du centre d'évaluation et de traitement des douleurs (CETD) dirigées par le Dr Donnet, pendant la période de Mars à Mai 2018.

Ce service est composé d'une équipe soignante pluridisciplinaire : deux algologues, trois neurologues, une rhumatologue, une pédiatre algologue, un psychiatre, un psychologue et

deux infirmières. Le service est un centre de recherche sur les céphalées, la fibromyalgie notamment. Au sein du service du Centre d'évaluation et de traitement des douleurs, une des infirmières est hypno praticienne spécialisée dans l'hypnoanalgésie. Sa mission est variée, elle comprend notamment la création de groupe d'éducation thérapeutique sur la douleur chronique en collaboration avec le psychologue. Une autre de ses missions est l'apprentissage au patient d'exercices de relaxation et de gestion de la douleur par le biais de différents outils, dont l'autohypnose.

Les caractéristiques des douleurs chroniques des patients sont variées, regroupant autant des patients souffrant de douleurs neuropathiques, nociceptives ou mixtes, localisées ou diffuses. Elles n'ont pas fait l'objet de recueil pour le questionnaire.

L'inclusion pour le questionnaire Avant/ Après a été faite chez les patients :

- Suivis au CETD, se présentant à leur rendez avec l'infirmière hypnopraticienne spécialisée en algologie.
- Adressés par l'un des médecins de l'équipe, dans le but d'apprendre des méthodes de relaxation et de gestion de la douleur chronique. La plupart du temps l'accès au groupe de relaxation se fait après avoir assisté au groupe d'éducation thérapeutique sur les douleurs chroniques.

Cet apprentissage des méthodes se fait en groupe ou individuellement ; les questionnaires ont été posés dans les deux situations. Parmi ces méthodes figure l'autohypnose. Le patient bénéficie de 6 séances à 15 jours d'intervalle puis d'une séance bilan à un ou deux mois. Ils peuvent s'il le souhaite reprendre contact avec l'infirmière afin de fixer un nouveau rendez-vous pour un rappel ou un ajustement de leurs techniques. Entre chaque séance il est demandé au patient de pratiquer quotidiennement les exercices, en écoutant ou non les enregistrements de la séance précédente donnés au patient. Le but est de se détacher à terme des enregistrements et que le patient s'approprie la méthode, en se sentant libre de fusionner et d'interpréter les exercices pour que cela corresponde à ses besoins. L'entretien débute toujours par un entretien pour évaluer les attentes et désirs du patient sur la séance, les bénéfices de la dernière et évaluation de l'utilisation des méthodes à domicile. Puis il est proposé au patient un exercice de respiration (les 5 doigts, 4/6, carré). Le patient teste ce premier exercice de respiration et exprime immédiatement son ressenti. Puis commence l'apprentissage du deuxième exercice. Il s'agit d'un exercice d'hypnose ou d'une relaxation de

type Jacobson par exemple. Le choix est orienté en fonction des attentes et de la personnalité du patient. Plusieurs techniques sont proposées, une différente à chaque séance, le but étant que le patient choisisse à terme celle qui lui plait, se l'approprie, quitte à en mixer plusieurs. La séance est enregistrée afin d'être un outil à domicile. Plusieurs techniques sont utilisées comme par exemple la réification de la douleur, le « ne rien faire », « une place sûre », le « gant protecteur ».

Le questionnaire avant/après est posé au moment où le patient est informé de la technique qu'il va expérimenter. Puis juste après la séance au moment du débriefing.

Les critères d'inclusion :

- Pas de critère d'âge
- Pas de critère de genre
- A n'importe laquelle des séances individuelles ou en groupe de l'apprentissage
- Prescription de la séance par un des médecins du centre où il est pris en charge pour des douleurs chroniques.
- Toutes les étiologies de douleurs chroniques

Critère d'exclusion :

- Patient ne comprenant pas les questions et répondant au hasard
- Patient n'ayant pas été en transe hypnotique, authentifié par l'expérience de l'infirmier et le patient
- Annotation sur le questionnaire
- Patient ayant mis plusieurs réponses par ligne

Une base de données anonymes sur un tableur EXCEL a été créé. Pour chaque patient a été recueilli des données socio démographiques avec l'âge et le genre. La présence d'antécédent psychiatrique et neurologique a été demandé sans spécification de l'étiologie, ainsi que l'expérience au cours de la vie d'une séance d'hypnose, de mindfulness ou de méditation.

Les traitements en cours des patients n'ont pas été recueilli.

F. Statistiques utilisées pour l'analyse des résultats

L'analyse statistique de l'ensemble des données a été réalisée par le tableur EXCEL.

1. Description de la population

Les données quantitatives ont été exprimées sous la forme de moyennes, assorties de leurs écarts types. Nous supposons que la distribution était normale. Les données quantitatives ont été exprimées sous forme de pourcentage.

2. Statistique pour l'exploitation des résultats du questionnaire

Le score moyen du questionnaire trait a été calculé. L'éventuelle corrélation du questionnaire Trait avec le questionnaire FFMQ a été testée par le calcul du coefficient de corrélation linéaire de Bravais-Pearson. Ce coefficient permet de détecter la présence ou l'absence d'une relation linéaire entre deux caractères quantitatifs continus.

Pour le questionnaire État avant / après les séances d'hypnose, chaque patient est son propre témoin pour la comparaison du score global. Nous avons utilisé un test paramétrique, le test de Student apparié pour deux échantillons de moins de 30 personnes. Dans toutes les analyses, nous avons considéré qu'une différence était significative dès que $p < 0.05$.

G. Cas clinique

Un cas clinique agrmente les résultats de l'étude. La patiente qui fait l'objet de cet entretien clinique est un exemple rare d'une grande capacité de fluidité de conscience innée.

Ce cas clinique est un exemple concret d'un possible vécu d'expérience autohypnotique. Il nous montre la richesse de la manière de l'imagination et de l'émotion dans cette modalisation de conscience si particulière. Il met en exergue l'intérêt de l'hypnose dans les pathologies douloureuses.

V. Résultats

A. Résultats de l'EQFMC trait

1. Population du questionnaire trait

La population étudiée comprend 42 sujets sains. La population était âgée de 14 ans à 86 ans. 29 des personnes incluses étaient des femmes, soit 69 % de l'échantillon, et 13 étaient des hommes, soit 31 % de l'échantillon.

La structure de la population étudiée est présentée dans les tableaux 1 à 3 et figures 1 et 2

	Homme	Femme	Les Deux sexes
Âge Moyen	39,4	38,7	38,9
Écart type	10,2	15,8	14,2
Âge Médian	37	33	35

Tableau n°1 : Âge moyen, écart type et Âge médian dans l'échantillon.

Tranche d'âge	Femme	Homme
10-19	2	0
20-29	9	1
30-39	5	7
40-49	8	4
50-59	0	0
60-69	4	1
70-79	0	0
80-89	1	0
Total	29	13

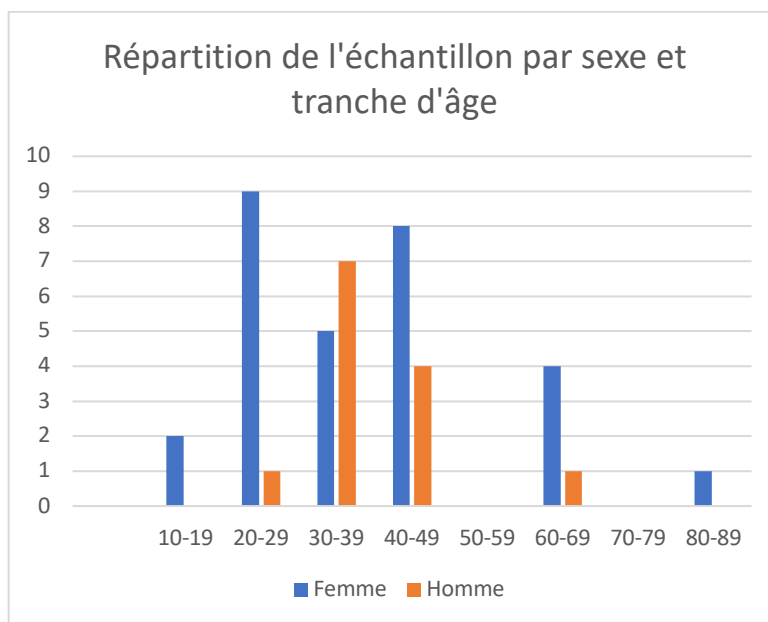


Tableau n°2 et figure n°1 : Répartition de l'échantillon de population en fonction de l'âge et du genre.

Tranche d'âge	Pourcentage	
	Femme	Homme
10-19	6,9%	0,0%
20-29	31,0%	7,7%
30-39	17,2%	53,8%
40-49	27,6%	30,8%
50-59	0,0%	0,0%
60-69	13,8%	7,7%
70-79	0,0%	0,0%
80-89	3,4%	0,0%

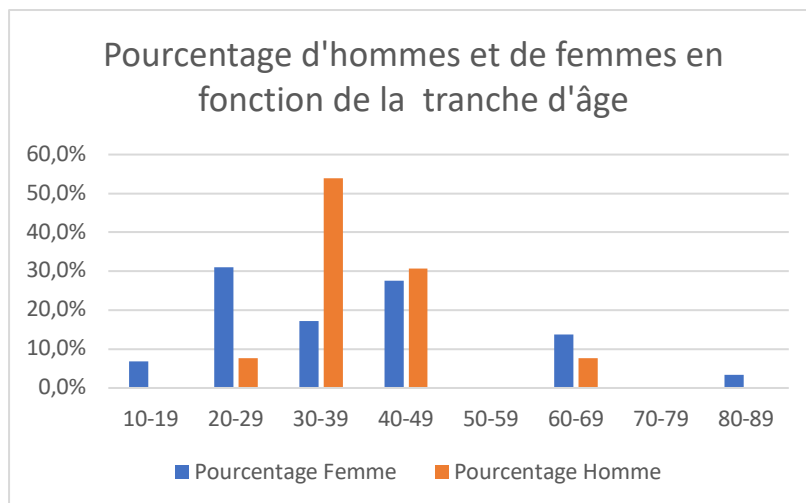


Tableau n°3 et figure n°2 : Pourcentage d'hommes et de femmes en fonction de l'âge dans l'échantillon.

a) *Antécédents neurologiques et psychiatriques*

Un seul patient avait des antécédents neurologiques, il s'agissait d'un homme de 37 ans.

Six patients avaient des antécédents psychiatriques : 1 un homme, soit 7,6 % des hommes et 5 femmes, soit 17,2% des femmes.

Antécédent Neurologique	Sujet	Pourcentage
non	41	97,62%
oui	1	2,38%
Total	42	100%

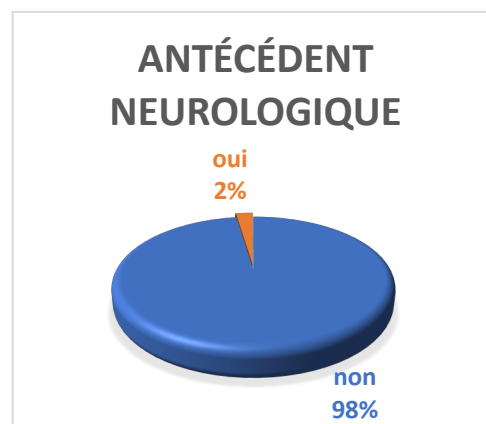


Tableau n°4 et figure n° 3 : Pourcentage d'antécédents neurologiques dans l'échantillon.

Antécédent Psychiatrique	Sujet	Pourcentage
non	36	85,71%
oui	6	14,29%
Total	42	100%



Tableau n°5 et figure n° 4 : Pourcentage d'antécédent psychiatrique dans l'échantillon.

b) *Lien avec les expériences antérieures d'hypnose, de mindfulness ou de méditation*

L'exercice de l'hypnose, mindfulness ou la méditation étant une variable susceptible de modifier les résultats de l'EQFMC, nous avons demandé aux patients s'ils avaient pratiqué une de ces trois approches. Cependant, nous n'avons pas demandé aux sujets de préciser quel type de pratique ils avaient déjà expérimenté. Un seul homme âgé de 37 ans et 10 femmes âgées en moyenne de 30,7 ans avaient déjà expérimenté l'hypnose, le mindfulness et/ou la méditation.

Pratique de l'hypnose/mindfulness	Sujet	Pourcentage
non	31	73,81%
oui	11	26,19%
total	42	100%



Tableau n°6 et figure n° 5 : Pourcentage de patient ayant déjà pratiqué l'hypnose ou le mindfulness.

2. Résultats

Ces résultats sont présentés dans les Tableaux n°7-10. Les détails des résultats du questionnaire EQFMC Trait par sujet sont situés en annexe.

La moyenne des scores totaux pour le questionnaire est de 65,5 (+/-10,4). La médiane est de 64. Les valeurs limites sont 86,3 et 45,1 (moyenne +/- 2écarts types).

Le score le plus élevé possible est 102 et au minimum 17.

La moyenne des scores totaux pour les hommes est de 67,7 (+/-7,2). La médiane est de 69. Les valeurs limites sont 53,3 et 82,1.

La moyenne des scores totaux pour les femmes est de 64,4 (+/- 11,6). La médiane est de 64. Les valeurs limites sont 41,2 et 87,6.

On observe une différence significative ($p= 0,032$) entre les scores de EQFMC selon leur pratique de l'hypnose ou autres.

EQFMC sujets	Sans pratique de l'hypnose	Ayant déjà fait de l'hypnose
Moyenne	63,5	71,3
Ecart type	9,5	11,3
Médiane	64	74

Tableau n°11 : Résultat du EQFMC en fonction de la pratique de l'hypnose.

On ne met pas en évidence de différence significative ($p=0,35$) du score du questionnaire en fonction du sexe.

EQFMC	Femme	Homme
Moyenne	64,5	67,8
Ecart type	11,6	7,3
Médiane	64	69

Tableau n° 12 : Score EQFMC en fonction du sexe

On ne met pas en évidence de corrélation entre les résultats du questionnaire EQFMC et l'âge des sujets, $r = -0,140$ et $p > 0,1$.

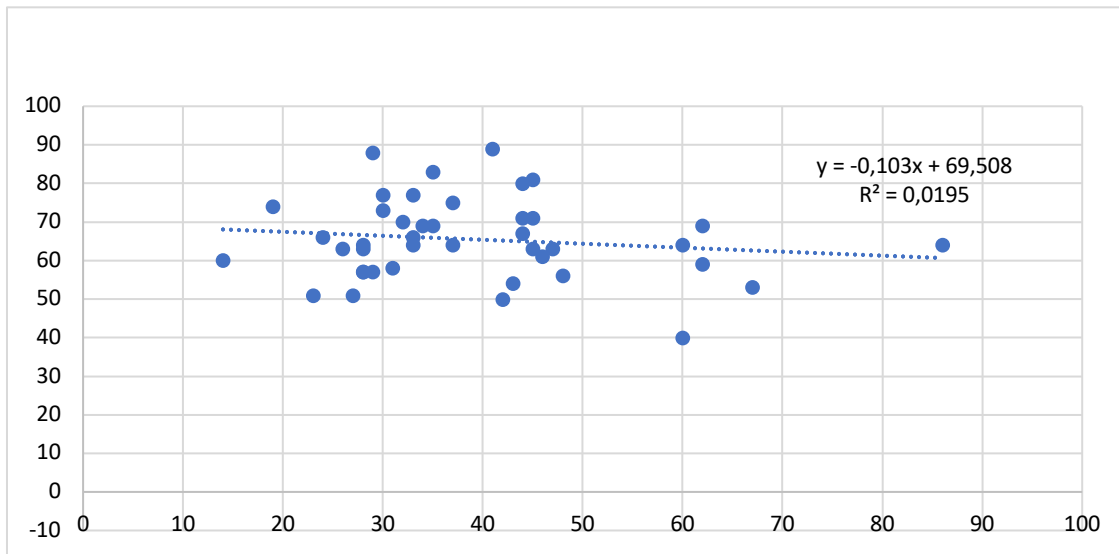


Figure n°6 : Corrélation entre le score de l'EQFMC trait et l'âge du sujet.

3. Résultats du FFMQ

Ces résultats sont présentés dans les Tableaux n°13 et 14. Le détail des réponses au questionnaire FFMQ de chaque sujet est présenté en annexe

La moyenne des scores est de 127,1 avec un écart type de 17,2 et des valeurs limites de 92,7 et 161,5. La médiane est 127 pour l'ensemble de la population.

FFMQ sujet	Sans pratique de l'hypnose, la méditation ou de la mindfulness	Ayant pratiqué l'hypnose, la méditation ou de la mindfulness
Moyenne	123,6	136,9
Ecart type	15,3	19,4
Médiane	121	133

Tableau n°13 : Résultat du FFMQ en fonction de la pratique de l'hypnose de la mindfulness ou de la méditation.

On observe une différence significative ($p=0,026$) entre les scores de FFMQ selon la pratique par les patients de l'hypnose, la méditation ou de la mindfulness.

4. Corrélation entre les résultats des deux questionnaires : EQFMC/FFMQ dans la population de sujets sains

Le tableau n°14 en annexe, présente les résultats totaux des deux questionnaires (FFMQ et EQFMC) pour chaque sujet et le coefficient de corrélation entre les valeurs du FFMQ et D'EQFMC.

On observe une corrélation significative entre les scores globaux chez chaque patient de chacun des deux questionnaires.

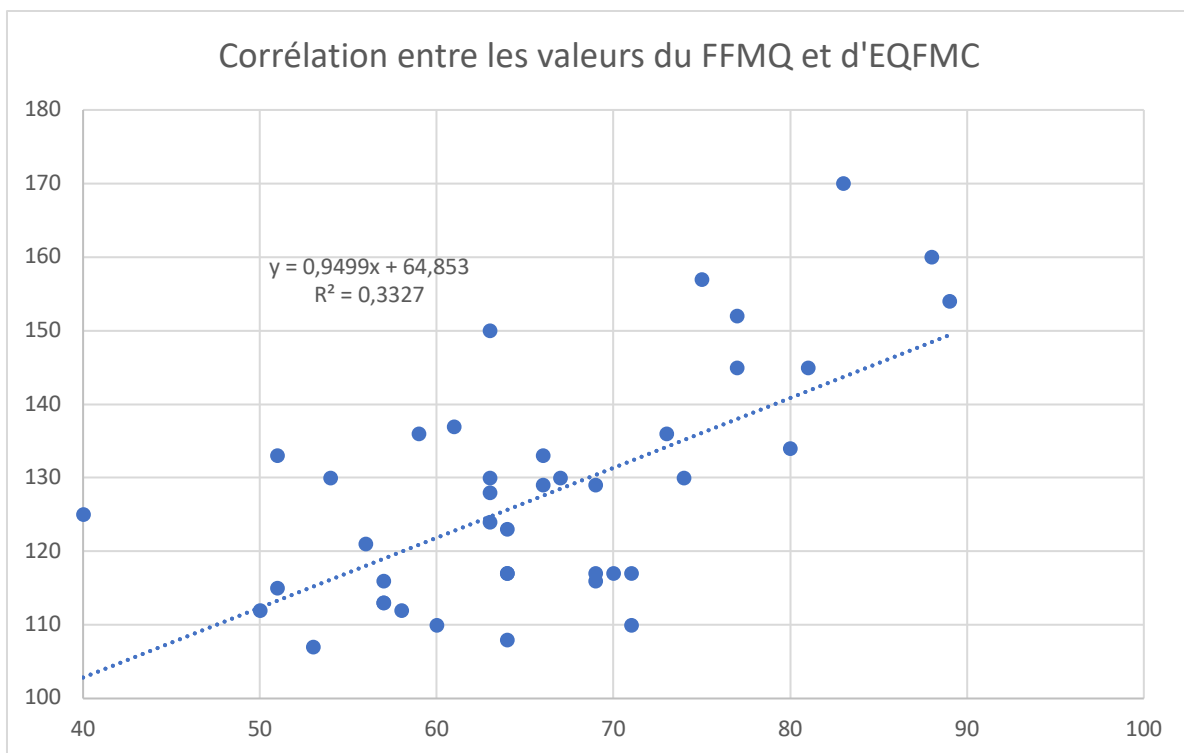


Figure n°7 : Corrélation entre les valeurs du FFMQ et EQFMC.

La droite décrit correctement la population (r^2)

Le coefficient de corrélation $r = 0,57$, ddl = 40, $p < 0,01$

Il existe une excellente corrélation entre les deux questionnaires puisque la pente de la droite est proche de 1.

5. Comparaison du score global de l'EQFMC avec les sous scores du FFMQ

Avec le sous-score « facteur d'observation », on observe une corrélation significative : $r = 0,406$, $p = 0.02$.

Avec le sous-score « description de l'expérience », on observe une corrélation significative : $r = 0,571$, $p < 0.01$.

Avec le sous-score « action en pleine conscience », on n'observe pas de corrélation : $r = -0,038$

Avec le sous-score « réaction aux évènements privés », on observe une corrélation significative $r = 0,447$; $p < 0.01$ /

Avec le sous-score « non jugement », on observe une corrélation significative : $r = 0,41$; $p < 0.02$).

B. Résultats de l'EQFMC état avant / après séance d'hypnose

1. Population du questionnaire état

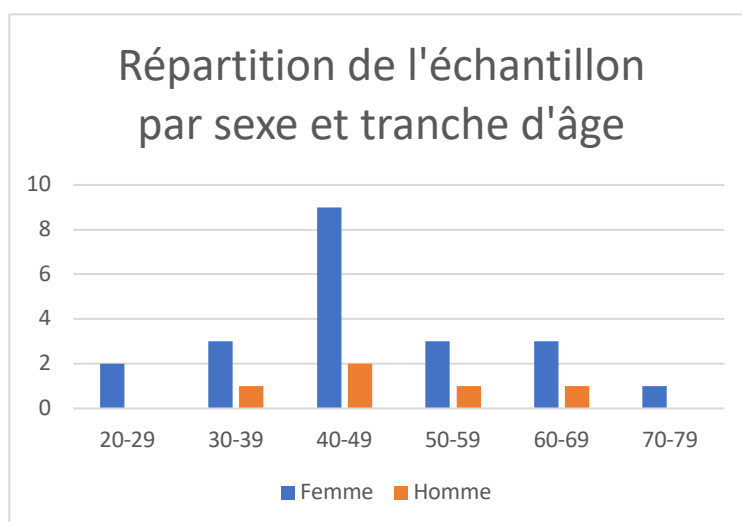
Parmi la population étudiée, 26 sujets ont répondu aux critères d'inclusion.

La population était âgée de 20 ans à 67 ans. 21 des personnes incluses étaient des femmes soit 80,7 % de l'échantillon, et 5 étaient des hommes soit 19,2 % de l'échantillon.

	Les deux sexes	Femme	Homme
Âge moyen	47	47,2	47,4
Écart type	13	13,1	12,1
Âge médian	47	47	47

Tableau n°15 : Âge moyen, écart type et Âge médian dans l'échantillon

Tranche d'âge	Femme	Homme
20-29	2	0
30-39	3	1
40-49	9	2
50-59	3	1
60-69	3	1
70-79	1	0
Total	21	5



Le tableau n°16 et la figure n°8 de l'échantillon de population en fonction de l'âge et du sexe

Tranche d'âge	Femme	Homme
20-29	10%	0%
30-39	14%	20%
40-49	43%	40%
50-59	14%	20%
60-69	14%	20%
70-79	5%	0%

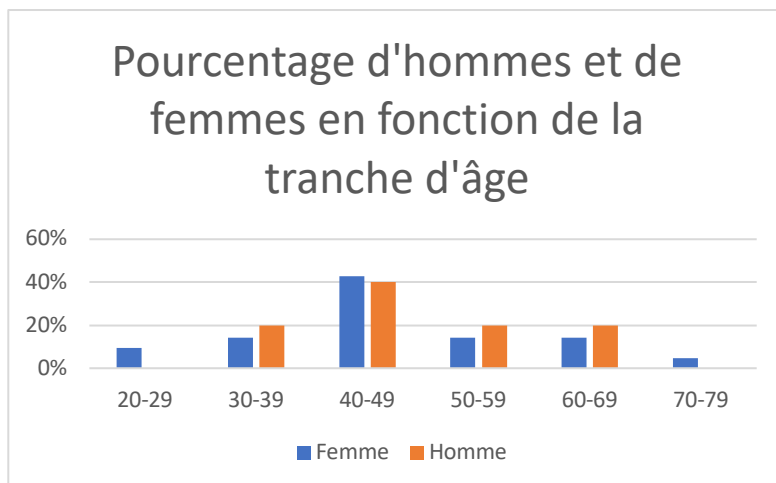


Tableau n°17 et figure n°9 : Pourcentage d'hommes et de femmes en fonction de l'âge dans l'échantillon

a) *Antécédents neurologiques ou psychiatriques*

4 patients avaient des antécédents neurologiques, un homme de 63 ans soit 20% des hommes et trois femmes de 45,47 et 67 ans soit 14% des femmes.

Antécédent Neurologique	Sujet	Pourcentage
Non	22	84,6%
Oui	4	15,4%
Total	26	100%

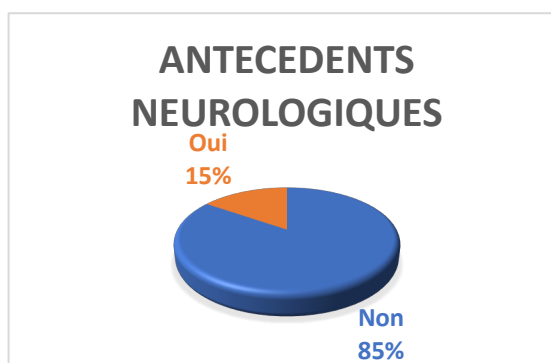


Tableau n°18 et figure n°10 : Pourcentage d'antécédents neurologiques dans l'échantillon

Les patients qui avaient des antécédents psychiatriques sont : deux hommes, soit 40% des hommes, et 10 femmes, soit 47,6% des femmes.

Antécédent Psychiatrique	Sujet	Pourcentage
Non	14	54%
Oui	12	46%
Total	26	100%

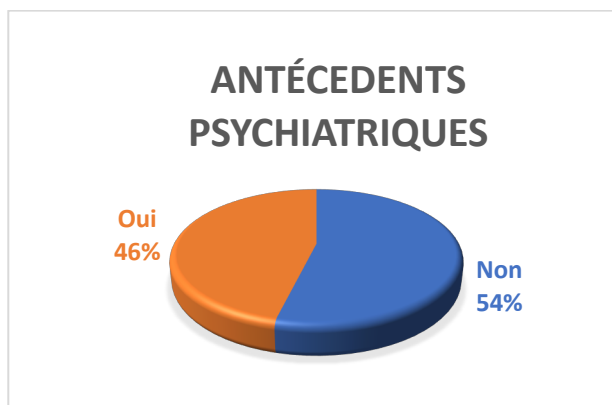


Tableau n°19 et figure n°11 : Pourcentage d'antécédent psychiatrique dans l'échantillon

b) *Lien avec les expériences antérieures d'hypnose, de mindfulness ou de méditation*

Nous n'avons pas demandé de préciser quel pratique ils avaient déjà expérimenté. 4 hommes soit 80% des hommes, âgé en moyenne de 48 ans et 18 femmes, soit 85,7% des femmes, âgées en moyenne de 47 ans avaient déjà expérimenté l'hypnose, le mindfulness et/ou la méditation.

Pratique de l'hypnose ou du mindfulness	Sujet	Pourcentage
Non	4	15%
Oui	22	85%
Total	26	100%



Tableau n°20 et figure n°12 : Pourcentage de pratique de l'hypnose ou mindfulness dans l'échantillon

Sujet	Nombre de séance
GSA	9
SR	8
MI	4
ES	4
TN	1
MS	5
BR	5
L	7
ME	8
GS	4
B	3
ID	3
GM	1
MA	3
GPN	3
AJL	3
RM	6
CC	4
F	3
S	1
KJ	3
BA	2
AD	4
AB	4
A	4
GL	4

Tableau n°21 : Nombre de séances déjà effectuées par le patient pour l'apprentissage de l'autohypnose.

2. Résultats de l'EQFMC état, chez les patients avant

Tableau n°22 et n°23 : Résultats du questionnaire EQFMC état avant hypnose par sujet en annexe.

On retrouve un total moyen de 47,8 points. Le score le plus élevé possible est 68 et le minimum 17.

L'écart type est de 7,4 et les valeurs limites sont 33 et 62,6. La médiane est de 49.

On ne peut pas comparer ces résultats avec le questionnaire EQFMC trait car les propositions sont différentes.

3. Résultats de l'EQFMC état, chez les patients après

Tableau n°24 et n°25 : Résultats du questionnaire EQFMC état avant hypnose par sujet en annexe.

On retrouve un total moyen de 56,5 points avec un écart type de 6,1 et des valeurs limites de 44,3 et de 68,7. La médiane est de 56,5. Le score le plus élevé possible est 68 et le minimum 17.

4. Comparaison des deux questionnaires et mise en évidence d'un changement de modalisation

La moyenne avant la séance d'hypnose du questionnaire est de 47,9 avec des valeurs limites de 32,9 et de 62,9. La médiane est de 49.

La moyenne après la séance d'hypnose est de 56,5 avec des valeurs limites de 44,3 et de 68,7. La médiane est de 56,5.

Le score moyen des patients avant la séance d'hypnose est significativement différent de celui après la séance avec une p-value = 6.7016×10^{-7} ; $p < 0.001$.

Sujet	Total avant	Total après
Sujet GSA	51	51
Sujet SR	50	60
Sujet MI	58	64
Sujet ES	55	49
Sujet TN	41	52
Sujet MS	45	51
Sujet BR	52	54
Sujet L	59	64
Sujet ME	53	68
Sujet GS	45	57
Sujet B	26	41
Sujet ID	48	61
Sujet GM	40	61
Sujet MA	54	56
Sujet GPN	53	62
Sujet AJL	48	54
Sujet RM	44	65
Sujet CC	38	50
Sujet F	41	57
Sujet S	50	54
Sujet KJ	60	58
Sujet BA	49	61
Sujet AD	49	62
Sujet AB	52	52
Sujet A	43	51
Sujet GL	41	55

Tableau n°26 : Comparaison avant et après des scores

Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre le nombre de séances et la différence de points du questionnaire état avant et après la séance d'hypnose ($r = -0,06, p > 0,4$).

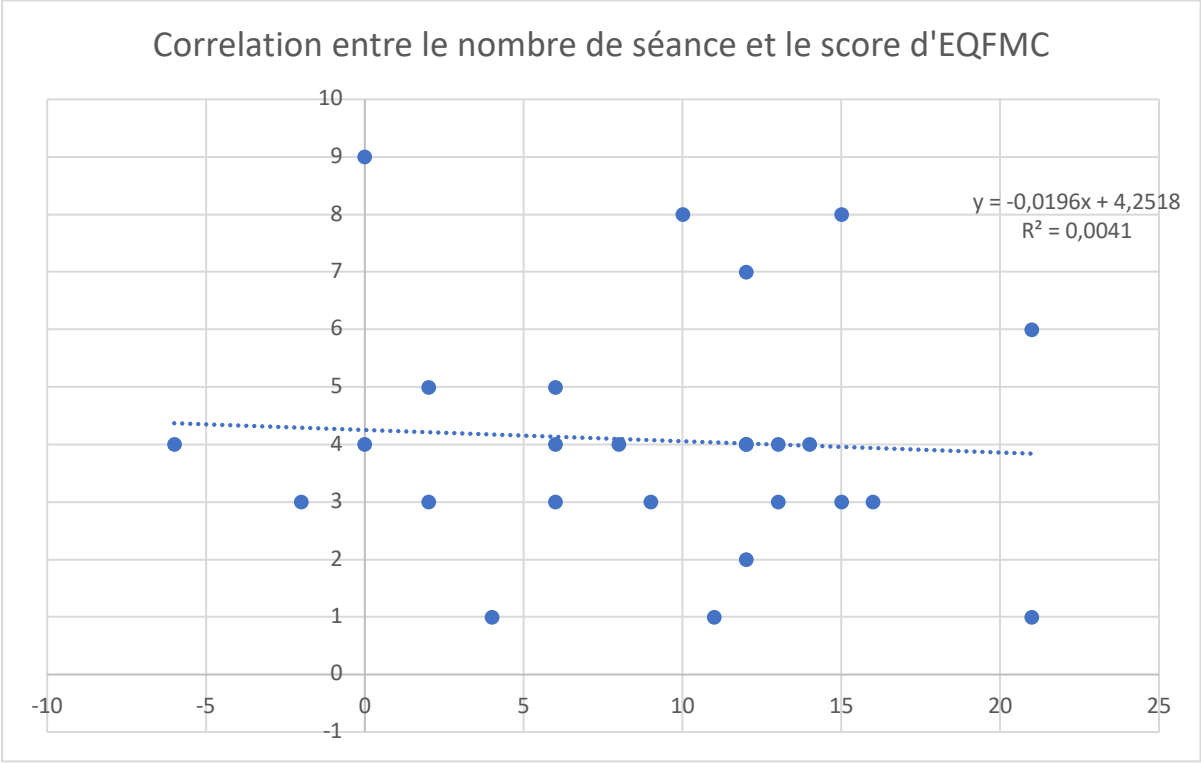


Tableau n°27 en annexe et Figure n°13 : Corrélation entre le nombre de séances (en ordonnées) et la différence de points au score du questionnaire EQFMC (en abscisses).

C. Cas Clinique Mme X

Le cas clinique suivant illustre l'autohypnose. Mais ce cas est très particulier par le fait que la patiente s'est saisie d'elle-même de cette méthode, de façon innée sans aide extérieure et sans pouvoir mettre de mot dessus dans un premier temps. Elle nous confie une expérience pure de son expérience de transe.

La patiente est âgée de 51 ans, elle souffre de douleurs chroniques diffuses neuropathiques depuis 2011 suite à la résection d'un épendymome intra médullaire cervical de 7cm. C'est au cours de son suivi pour la prise en charge de ses douleurs chroniques que nous avons rencontré Mme Z.

Elle est prise en charge de façon pluridisciplinaire pour ses douleurs. Elle a notamment eu plusieurs entretiens avec une IDE hypnothérapeute spécialisée en hyponalgésie.

Mode de vie :

La patiente est pacsée avec son compagnon ; ils n'ont pas d'enfant. Elle ne souhaite pas dévoiler sa profession. Elle a une passion pour les voyages et les sports. Avant la patiente faisait 16 h de sport par semaine. Elle a beaucoup voyagé avec son mari aux cours de voyage itinérant et aventurier, au moins deux voyages par an, un long et un moyen-courrier.

Histoire de la Maladie :

Depuis l'âge de 17 ans, la patiente se plaint de douleurs du dos, notamment cervicales.

Découverte étiologique et traumatisme psychique :

Fin 2011,

De nouvelles douleurs cervicales apparaissent. Elles ont commencé de manière très brutale un soir, comme un coup de tonnerre et elles n'ont pas cessé.

La patiente se rappelle encore le jour exact du début de ses douleurs. Elle fait alors des examens afin de trouver l'origine de ses nouvelles douleurs qui ne ressemblent pas à ses maux de dos dont elle est coutumière.

D'habitude, elle se rend seule aux examens médicaux, mais pour celui-ci me dit elle « *je ne le sentais pas* » ; et son mari a lui aussi beaucoup insisté pour l'accompagner.

Une fois dans l'IRM qui dure environ trente minutes, la patiente fait une crise de claustrophobie. Celle-ci est coutumière du fait depuis son plus jeune âge, mais elle a pris l'habitude de gérer ses crises de claustrophobie. Lorsqu'elle pense que l'examen est fini, le manipulateur en radiologie arrive et lui dit « *on a trouvé un truc, je vous injecte le produit de contraste* ». Elle lui demande de lui en dire plus, mais il lui répond qu'il n'est pas médecin.

La patiente repart pour plusieurs minutes dans l'IRM avec l'angoisse de cette annonce. « *Si je le revoyais cet homme, je le giflerais* ». Cette annonce sauvage est vécue comme un traumatisme par la patiente. Par la suite elle est reçue par le médecin avec son mari pour l'annonce diagnostique et le mot tétraplégie est annoncé.

« *Pour moi la vie s'arrête, pour lui aussi (son compagnon)* ». Son mari s'effondre en larme à l'annonce de la maladie et des ces explications par le médecin. Elle me dit qu'en le voyant ainsi, cela lui a donné la force de se battre.

Septembre 2012,

Elle m'exprime sa colère face à l'aggravation de ses douleurs et l'apparition d'une paralysie. « *On me prend en traître, par derrière, on me donne un coup dans le dos, il m'est impossible de lutter contre cette maladie* ».

Décembre 2012,

Prise en charge thérapeutique par ablation chirurgicale de l'épendymome.

Au cours de son parcours de soin, la patiente consulte un premier neurochirurgien avant le professeur X. Celui-ci sera très aimable, très empathique avec elle à la première consultation. Mais à la deuxième, elle se fait houspiller par le médecin car elle a pris trop de poids avec les corticoïdes. Elle nous rapporte qu'il restera complètement fixé sur son poids durant l'entretien sans être dans l'attente d'écoute de la patiente. De ce fait la patiente change de chirurgien pour le Pr Y.

Dans les jours suivant l'annonce, la patiente a des idées suicidaires. Elle prépare tout pour qu'à son retour au domicile après la rééducation, si elle est toujours tétraplégique, elle puisse se suicider.

« *J'ai mis des médicaments à porter de bouche, je l'ai dit à mon mari. D'abord il l'a mal pris mais je ne lui ai pas dit où ils étaient ; pour ne pas qu'il puisse les retirer. J'ai mis mes papiers en ordre, tout était prêt* ».

Elle me dit que le fait d'avoir tout préparé, d'avoir le choix de vivre ou de mourir, finalement d'exercer son libre arbitre sur son existence même l'avait soulagé ; *« j'étais sereine car quoi qu'il puisse arriver, j'ai le choix »*.

La patiente se fait donc opérer et se réveille tétraplégique. En salle de réveil, le professeur vient la voir, son mari est présent aussi. *« Je suis totalement prisonnière de mon corps, je suis dans un sarcophage, j'ai le nez qui me gratte et je ne peux rien faire. Je me suis réveillé comme un nouveau-né, un bébé en couche. Ça c'est un vrai traumatisme »*

« Là il me dit bougez votre pied (je le regarde de travers), et il me répond ça va avec un très léger sourire. Mon mari s'écroule en pleur, moi je n'ose pas pleurer car comment j'aurais fait pour m'essuyer. J'avais déjà compris que je devais m'y habituer ».

Son mari lui dira qu'elle avait à peine bougé un orteil, à la demande du chirurgien mais elle ne s'en était pas aperçue.

Clinique :

Elle présente un syndrome cordonal postérieur (déficit proprioceptif, hémi paresthésie), ce qui l'invalide particulièrement. Elle n'a pas conscience de sa position dans l'espace, ne sent pas le sol sous ces pieds. Son seul système d'alerte est la vue : *« quand je m'assoie je dois mettre les mains des deux côtés de la chaise pour savoir si je suis assise correctement, il y a quelques jours je ne l'ai pas fait et je suis tombé par terre »*.

Elle a aussi un syndrome spino thalamique (perte de la sensibilité thermo algique). De ce fait, elle ne ressent plus les douleurs nociceptives, elle a perdu ce système d'alerte. Elle s'est fait de multiples brûlures au troisième degré. *« Mon mari me hurle attention, je lui demande ce qu'il y a, j'avais la main dans le grille-pain »*.

Elle a un syndrome pyramidal avec hémiparésie gauche avec léger déficit moteur : *« j'ai un côté tout fondu, surtout le soir en fin de journée »*.

Douleurs neuropathiques :

Elles sont localisées dans tout le corps, à type de brûlure, piqûre, lourdeur, picotement, froid (hémicorps droit), prurit (ceinture scapulaire, thorax, crâne gauche), allodynie, hypoesthésie, hyperesthésie. Les douleurs maximales sont les brûlures des genoux et de la plante des pieds, et la sensation d'un étau serrant comme dans un corset les fesses et les cuisses.

Il existe une douleur de fond coté à 7/10 pouvant régresser presque complètement par un mécanisme de défocalisation lors de séances d'activités physique (cardio step / danse en autonomie) et des crises cotées à 10/10, de 30 min à 2 heures, plusieurs fois par jour, diurnes et nocturnes. Les facteurs déclenchants identifiés sont l'humidité et la fatigue.

La patiente me décrit le réveil des douleurs neuropathiques le lendemain du bloc : « *Tout le corps, je brûle, je brûle, comme si j'étais en feu, dans une fournaise* ». La patiente me raconte l'épisode suivant qu'elle a vécu dans son lit d'hôpital ce jour-là :

« *Ma grand-mère arrive, j'étais très proche de ma grand-mère, je sens sa présence, une aura de bienveillance et puis à la place de cette tumeur (qui a été retiré au bloc), qui était situé au niveau de toutes les cervicales, une boule de feu s'est formée. Elle est venue contraindre ces braises dans le corps par une chaleur bienfaisante et apaisante. Puis je me suis retrouvé placé dans un bain de glace. Ça marche !* ».

La patiente a réussi seule à diminuer ses douleurs. « *Avant tout ça, j'arrivais à m'ôter les crises de migraine. Alors que la moindre plume sur la moquette me déclenchait des migraines, Je m'imaginai une main qui me rentrait dans le crâne, et allait chercher la zone douloureuse pour l'y en extraire* ».

L'hypnose :

« *Ça fait longtemps que je fais de l'hypnose sans savoir ce que c'est* ».

Au cours de la prise en charge de ses douleurs chroniques, la patiente bénéficie d'éducation thérapeutique sur les douleurs chroniques et de l'apprentissage de technique psycho corporelle d'autogestion de la douleur au sein du centre du CETD. La patiente découvre alors que ce qu'elle faisait naturellement depuis des années, bien avant sa maladie, était de l'hypnose. La patiente se met en hypnose tout seule pour contrôler sa claustrophobie lorsqu'elle prend l'avion et cela depuis toujours sans avoir identifier son état hypnotique.

La patiente me décrit comment elle calme ses douleurs :

« *L'hypnose sur les douleurs neuropathiques c'est le top. J'ai des douleurs diverses et éparées, du coup j'ai développé plusieurs techniques. Les techniques fonctionnent mieux si je suis installé confortablement. J'arrive de moins en moins difficilement à me dissocier.*

Par exemple, j'ai très mal à la plante des pieds qui me pique et à l'orteil qui me brûle, et j'ai aussi une allodynie et des décharges électriques. Je pousse toutes les douleurs par les

extrémités. J'ai besoin de concrétiser toutes les abstractions. La douleur il faut que je la nomme, je lui parle et je la pousse vers l'extérieur. Je lui laisse une place mais pas trop, c'est un combat inégal. La pointe des pieds est perméable, la douleur s'évacue dans la terre mais pas dans la maison, je veux éloigner la douleur de moi.

Il n'y a pas de pause de la douleur pour la main gauche, c'est un gant de baseball, elle est épaisse, plate, engourdi, j'ai cinq morceaux de pneu à la place des doigts. Cela m'a rassuré de savoir que cette plainte été répertoriée dans la littérature scientifique et que je ne suis pas la seule à vivre cette sensation douloureuse de la main.

Le bonheur dans la transe c'est volé, pour cela j'ai mon destrier, mes couleurs. Je suis très imaginative, ça c'est les voyages. Je respire en couleur, la respiration va dans toutes les ramifications du corps puis fait demi-tour dans la plante des pieds. En expirant, j'expulse toute la douleur. Maintenant j'ai rajouté la couleur violette et rose sous forme de billes de polystyrène. Ces billes absorbent la douleur aux points douloureux, et se chargent de la couleur marron. J'espère qu'elles vont ressortir toute rose, alors il n'y aura plus de douleur à expulser.

Pendant l'hypnose, il ne faut pas hésiter à utiliser son vécu personnel et ses peurs car il ne pourra rien nous arriver, on sait où on est. J'utilise la technique de voler quand je suis trop en souffrance. Pour cela, je chevauche un dragon, c'est un animal puissant que je rends gentil. J'ai fait beaucoup d'équitation, j'aime cette sensation. C'est moi est fait le choix du dragon, et je sais qui si je l'ai choisi, qu'il me rassure. Le dragon peut aller plus haut que les autres animaux car il est plus puissant. Donc il est plus puissant que les autres pour calmer ma douleur. Je l'ai nommé. Je l'aime, on est dans le partage avec mon dragon. Il n'y a jamais d'humain dans ma transe ».

« Je me réveille comme si j'avais dormi et rêvé alors que j'étais en transe et que je la dirigeais. Je me sens reposé, requinqué et flottante. J'ai fait un an d'introspection, et j'en suis ressorti avec un pouvoir, le pouvoir de dire non. Je suis maître de ma vie, je suis ma baguette. »

Évolution de la maladie :

Suite à son opération, la patiente commence la rééducation à Saint martin, pendant un an.

Elle me raconte son expérience pour récupérer :

« Il y avait des traumatisés de la route, des corps abimés. Je faisais trois heures de kiné le matin et trois l'après-midi au lieu des 1h prévue par demi-journée. Je sentais la fierté en moi dès que je sentais que je pouvais le faire. Je suis tombé en sanglot quand j'ai réussi à mettre un pied à terre. Ma maladie, Je l'appelle Ugly « la vilaine, la saloperie » mais toujours avec respect. J'ai la manie de tout nommer, le besoin de m'approprier les choses en les nommant. Charlie c'était mon fauteuil. J'utilise à tout prix l'humour pour dédramatiser. »

La patiente est une ancienne grande sportive, elle faisait 16 h par semaine de sport.

« Mon passé de sportive m'a un peu sauvé la vie. Je jouissais des courbatures. Heureusement, les aides-soignantes m'aidaient à prendre deux douches par jour »

Pour la patiente, être propre, et pouvoir compter sur des personnes bienveillantes, l'a beaucoup aidé et soutenu dans ces efforts de rééducation. Elle a toujours eu le goût de l'effort et le besoin de se dépenser. Actuellement, elle fait du sport quotidiennement environ une heure par jour.

« Je recommence à savoir à peu près me libérer de ce carcan de douleur, mais il n'y jamais zéro douleur »

La patiente a eu beaucoup de visite pendant son hospitalisation, *« j'ai eu la chance d'être hyper entourée avec beaucoup de visites. 50% de la réussite de ma réhabilitation est lié à l'amour. J'ai dû faire un agenda de visites, ça m'a porté. Être tétraplégique est très fatigant, les gens ne se rendent pas compte, ils me voient toujours là, allongée »*.

Elle a bénéficié d'un suivi psychologique, notamment au centre de rééducation. La patiente rentrait, craquait et ne faisait que pleurer pendant la séance. *« J'ai vu trois psychologues, le premier pendant la rééducation où je m'autorisais à pleurer. »* Puis elle a rencontré deux autres psychologues par la suite qui n'ont pas répondu à l'attente d'écoute de la patiente.

Elle me décrit ses attentes d'écoute :

« Il faut que la personne m'écoute toute entière avec son corps. J'ai posé des verrous, je sais que j'ai besoin d'être bousculé pour les faire sauter. Je suis trop à fond dans le travail, le sport (une heure tous les jours au travail).

Je n'ai pas besoin de réponse, mais d'une main tendue pour déverrouiller un petit pourcentage de plus de mon cerveau pour expurger la fosse septique.

J'ai besoin de quelqu'un qui me rassure, face à qui je pourrais me laisser aller à être une petite fille avec ses peurs, ses angoisses et parler de mon passé sur lequel j'ai mis des verrous bien avant la maladie. »

Traits de personnalité :

Intuitive : « *ma première impression est souvent la bonne dans les relations avec les autres. »*. Elle fait confiance en ses intuitions.

Empathique : « *J'ai une écoute empathique, active et apprécié des gens »*. La patiente est souvent celle qui écoute, elle renverse facilement les situations dans les discussions, plus ou moins consciemment. Ce qui lui permet aussi de ne pas trop parler d'elle, me dit-elle.

Combative : elle l'est contre la maladie bien sûr, mais aussi dans son passé où elle n'a pas hésité à se bagarrer contre un ex compagnon jaloux et harcelant pour protéger sa vie privée.

Imaginative : « *Je rêve beaucoup par période »*.

Elle travaille dans un domaine qui demande de la créativité. La patiente parle toujours de façon imagée. Tout l'entretien est ponctué de métaphores qui parfois m'échappent.

Curiosité : la patiente aime le voyage, découvrir l'autre, le monde en général. Le goût d'apprendre de nouvelle chose : « *J'ai appris plein de mots avec cette maladie »* me dit-elle. Elle exprime qu'elle a besoin de contrôler les choses, mais cela n'est pas si négatif. En effet, elle me dit que cela lui a permis d'avancer au cours de sa maladie, de se battre pendant la rééducation pour retrouver son autonomie.

« J'ai cette mauvaise manie que tout soit sous contrôle, je fais tout pour le reprendre. Depuis toute jeune, je me dis que ne serai jamais spectatrice de ma vie, je ne suis pas une vache qui regarde passer le train de sa vie. C'est sûr, personne n'a dit que cela serait facile. Il est inéluctable que cela sera difficile, je l'ai découvert petit à petit pour la tétraplégie. J'aurai aimé qu'on me le dise avant. Mais si on me l'avait dit, est-ce que j'aurai eu la force ? »

La patiente me parle d'un poids invisible lié à ses origines Juives et Arméniennes, et du poids de ses règles Trans générationnelles où il ne faut pas déranger les autres, pas trop parler de soi.

La culpabilité est un sentiment dont elle a du mal à se défaire, notamment à l'égard de son conjoint :

« Il faudrait que je fasse le deuil de « comme avant ». Là je pars en voyage, et j'ai cette culpabilité de ne plus faire comme avant pendant les voyages. Je me dis que je lui gâche sa vie ». Alors que son conjoint lui certifie le contraire et l'a même demandé en PACS me dit-elle. Actuellement, la patiente est toujours suivie à CETD, continue son travail et maintient son hygiène de vie sportive.

VI. Discussion

Le choix de faire une étude pilote a été fait pour une mise à l'épreuve réelle du questionnaire sur un échantillon représentatif de la population cible.

A. Résultats principaux

1. EQFMC Trait

On peut estimer que la population de l'EQFMC trait (population de sujets sains) est homogène et représentative de la population générale pour les caractéristiques démographiques (sexe, âge) mais aussi en ce qui concerne les antécédents neurologiques, psychiatriques et de la pratique de l'hypnose, la mindfulness et méditation.

La moyenne du score de notre questionnaire EQFMC trait ne diffère pas significativement entre les hommes et les femmes ; il en va de même pour l'âge où nous n'avons pas mis en évidence de corrélation. Il n'y a donc pas d'influence du sexe et de l'âge sur le score au questionnaire EQFMC, ce qui suggère que l'âge ne modifie pas, dans notre étude la flexibilité de la conscience des sujets.

En revanche, il y a une différence significative de score entre ceux qui pratique déjà l'hypnose ou méditation ou mindfulness et les personnes n'en pratiquant aucune. Les personnes pratiquant l'hypnose ont des scores plus élevés aux questionnaires. On peut donc faire l'hypothèse que la pratique de l'hypnose améliore la fluidité des flux de conscience au quotidien, ce qui était l'hypothèse de départ de notre étude.

On observe le même effet avec le questionnaire FFMQ , c'est-à-dire des scores plus élevés chez les sujets qui pratiquent l'hypnose, la mindfulness ou la méditation.

Nous avons mis en évidence une corrélation positive forte des questionnaires EQFMC et FFMQ. Ce résultat constitue une validation externe de notre questionnaire. En analysant les sous scores du FFMQ, tous sont corrélés positivement à l'EQFMC sauf le sous score « action en pleine conscience ». Ce résultat n'est pas étonnant car la spécificité de notre score étant l'évaluation de la modalisation de l'hypnose et non pas celui de la pleine conscience. La pleine conscience constitue probablement une modalisation de conscience différente dans ses manières qui, par exemple, fait moins appel à des manières comme l'imagination (comme dans l'hypnose).

2. EQFMC État : effet de l'hypnose

Le résultat principal de cette partie de l'étude est le fait que l'on observe, après des séances d'hypnose, une modification très significative du score du questionnaire EQFMC. Les scores sont plus élevés après qu'avant une séance d'hypnose, ce qui suggère que quelques séances d'hypnose modifient significativement la flexibilité de la conscience. Il convient de noter qu'il n'y a pas de corrélation entre le nombre de séances et la valeur du score EQFMC. Cela peut être le reflet de plusieurs processus :

- les séances de relaxation, réalisées avant la passation du questionnaire, n'étaient pas forcement ciblés sur l'hypnose. Ces séances auraient pu faire l'objet de techniques de relaxation de type Jacobsen ou respiratoire. Le patient peut alors vivre sa première expérience d'hypnose le jour du questionnaire. Cette hypothèse est partiellement fausse car les patients n'ayant pas de différence de score ne sont pas ceux qui n'ont jamais expérimenté l'hypnose.

- la population est constituée de patients douloureux chroniques. Leur expérience de la douleur est changeante en fonction du temps, de l'évolution de leur maladie (migraineuse pour la plupart) et de leur environnement. La douleur par exemple est plus importante lors de stress ou de changement météorologique. Cela peut influencer leur expérience de l'hypnose. On imagine bien la plus grande difficulté de rentrer en transe si des douleurs plus importantes que d'habitude assaillent le patient.

- les évènements de vie (décès, problème conjugaux) ou l'apparition d'autres maladies peuvent interférer dans le déroulement des séances.

- chaque patient a une structure psychique qui implique une approche psychothérapeutique afin de pouvoir faire céder ses résistances face à cette modalisation de conscience particulière.

La population de l'EQFMC état est constituée majoritairement de personnes ayant déjà fait de l'hypnose. C'est un biais de recrutement car les patients ont été inclus à n'importe quel moment au cours de leur rendez-vous avec l'IDE pour l'apprentissage de l'autohypnose et de la relaxation. Le nombre de séances auxquelles ils ont assisté est répertorié dans le tableau 21. Quatre sujets nous disent ne jamais avoir pratiqué l'hypnose alors que seulement 2 étaient des premiers rendez-vous. En effet, le nombre de séances ne reflète pas le nombre de séances d'hypnose. Ils ont peut-être bénéficié de séance de relaxation de type Jacobsen par

exemple. Nous n'avons pas pu recueillir ce qui s'est passé dans les séances précédentes afin d'affiner le résultat. Dans cette population il y a une part importante d'antécédents psychiatriques par rapport à la population générale. On peut faire l'hypothèse que cela est dû aux douleurs chroniques dont souffre notre échantillon, il est bien connu que les douleurs chroniques sont pourvoyeuses de syndromes dépressifs et d'anxiété. Les antécédents neurologiques n'ont pas été pris en compte, comme la migraine par exemple qui est la pathologie la plus représentée parmi les patients de l'échantillon. Les patients qui ont répondu positivement par oui aux antécédents neurologiques, souffrait d'AVC ou de douleur neuropathique lié à un cancer.

L'EQFMC état et trait n'ont pas pu être comparés car les propositions de réponses étaient différentes entre les deux questionnaires.

B. La validité du questionnaire

Un questionnaire est fiable s'il donne des résultats comparables dans des situations comparables. La fiabilité liée à l'enquêteur est sans objet dans notre cas car nous avons fait le choix d'un auto questionnaire(35).

La fiabilité au cours du temps n'a pas été faite, chaque personne n'a passé le questionnaire qu'une fois pour des raisons pratiques. De plus, l'objet du questionnaire ne permet pas de faire cette mesure. Plus on s'entraîne à l'hypnose et plus on modifie sa fluidité des flux de conscience en la rendant plus facile, plus rapide(35).

La validité d'apparence résulte du jugement subjectif d'expert. Elle est garantie par l'évaluation qualitative que les concepteurs ont effectué lors de son élaboration.

La validité du contenu s'intéresse à la pertinence du questionnaire vis-à-vis du phénomène étudié(35). Cette validité est assurée par l'expérience de l'équipe créatrice, représentés par des experts en phénoménologie. Étant donné la significativité des résultats du questionnaire, cela nous permet d'en conclure que les questions sont bien orientées dans l'idée d'une dynamique de flux conscient.

La validité de structure externe du EQFMC a été effectuée grâce au FFMQ, tous deux évaluant une modification de la conscience. En effet, la question de flux de conscience étant innovante dans le champ de l'hypnose, il existe peu de littérature et pas de questionnaire ressemblant au notre, et donc pas de gold standard qui permette d'assurer la validation de structure externe. La corrélation entre ces deux tests est positive. On peut donc affirmer que notre test met bien en évidence un changement de modalisation de conscience. Il faut néanmoins d'autres études avec d'autres enquêteurs pour confirmer sa validité.

C. Limites du questionnaire

Le vocabulaire employé doit être compréhensible par toutes les personnes de la population cible et les questions doivent avoir le même sens pour tous.

Or, l'item « Cela ne me dérange pas de m'ennuyer » a posé un souci de compréhension pour beaucoup de patients (plus de 10 personnes). Le sens initial proposé à cet item dénote avec la définition du mot ennuyer dans le dictionnaire et utilisé dans le langage commun.

Voici la définition issue du dictionnaire Larousse :

- Lasser quelqu'un, ne provoquer chez lui aucun intérêt, lui causer un sentiment de fatigue
- Importuner quelqu'un, le déranger, le gêner ; embêter
- Inspirer à quelqu'un du souci, du tracis, le préoccuper

Il nous faut prendre en compte la réaction de « prestige » ou « la tendance de façades » qui correspond à la peur de se faire mal juger à travers les réponses(35). Ce phénomène est d'autant plus présent que l'échantillon de population de sujets sains pour le questionnaire trait est issu de personnes pouvant être des proches, malgré l'anonymisation des questionnaires avant leurs exploitations, et qu'il en ait été informés.

La tendance à « l'attraction de la réponse positive » (toujours ou jamais selon les items) est connue depuis longtemps en psychologie sociale. Elle serait corrélée à la sensibilité aux placebos et serait une expression de la suggestibilité(35).

L'effet de contagion peut aussi se produire par une autocensure chez des personnes voulant préserver la cohérence de leurs réponses à des questions proches au détriment de la vérité. Cela est d'autant plus vrai pour le questionnaire FFMQ où tous les participants m'ont fait la remarque de la redondance des questions. Ils avaient su analyser les différents domaines explorés, malgré les formulations différentes. Ce facteur augmente le risque d'effet de contagion(35). Pour notre questionnaire c'est dans le EQFMC état que l'on doit le plus le prendre en compte. En effet, certains patients avaient envie de regarder ce qu'ils avaient répondu avant la séance d'hypnose, lorsqu'il remplissait le questionnaire après la séance. Surtout lorsqu'il hésitait dans leur réponse. Heureusement, nous étions présents lors de tous les remplissages, et cela a permis de limiter ce biais car nous leur rappelions qu'ils devaient se concentrer sur leurs émotions et ressenti immédiat.

La redondance des questions et la longueur du questionnaire FFMQ a lassé les enquêtés, même si cela a l'avantage de tester sa reproductibilité. Notre questionnaire EQFMC, plus court et sans redondance dans les questions, a permis d'éviter la démission des participants. C'est pour cette raison pratique que nous n'avons pas pu faire passer le FFMQ aux patients concomitamment avec le questionnaire état. Son passage aurait impacté négativement le temps de prise en charge des patients en hypnothérapie.

L'avantage de ce questionnaire court est sa facilité d'utilisation au quotidien, il est rapide à intégrer dans la pratique quotidienne et impacte très peu le temps de prise en charge des patients. Il a l'avantage d'être un outil didactique, permettant au patient d'avoir comme une échelle visuelle, de voir tout de suite les progrès et l'effet immédiat de sa prise en charge en hypnothérapie. Il permet de mettre en avant ce qu'il ressent, de l'objectiver.

D. Perspectives

Le questionnaire EQFMC n'établit pas une échelle permettant de discriminer un score d'EQFMC normal ou anormal. On peut simplement dire si les individus sont très flexibles mentalement, ou pas du tout. Il permet de donner une donnée psychométrique qui interroge sur la capacité de lâcher prise. Il faudrait étudier des populations plus spécifiques comme par exemple des personnes sortant d'anesthésie ou cérébraux lésés, afin de savoir quelles sont les évolutions possibles de la flexibilité mentale dans ces pathologies. Concernant la psychiatrie, on pourrait évaluer l'effet des médicaments psychotropes sur la flexibilité mentale. De plus, il serait intéressant de corrélérer les résultats de l'EQFMC avec ceux de l'EEG, à la fois pour évaluer la rigidité, la labilité de l'électrogénèse ou le ralentissement de l'électrogénèse.

VII. Conclusion

La notion de « lâcher prise », très utilisée dans le langage courant, n'a pas de définition psychologique clairement établie. Elle peut être considérée comme un acte psychologique de libération au cours duquel on cesse de s'agripper à quelque chose, à une attitude, à un souvenir, à un comportement établi etc. Ce « lâcher prise » est nécessaire pour explorer de nouvelles stratégies, de nouvelles approches, de nouvelles manières d'être. L'hypnose et l'épochè phénoménologique font appel à ce processus. Il n'existe pas à l'heure actuelle de questionnaire permettant la quantification du « lâcher prise ». L'établissement et l'évaluation pilote d'un tel questionnaire est l'objet de notre travail qui repose sur une hypothèse forte : celle que la possibilité de « lâcher prise » procède de la fluidité de la conscience et de la capacité du sujet à en modifier les présentations.

La conscience, qui est une notion relativement récente, a pris une définition novatrice avec Husserl, créateur de la phénoménologie. Elle devient l'unité des flux de vécus, pouvant faire l'objet d'une description dynamique. Le modèle morphodynamique cherche à décrire à la fois « l'épaisseur » et la complexité de l'expérience consciente ainsi que ses différentes modalisations (présentations) dans le cours de son flux. Ce modèle permet ainsi d'estomper les catégories habituelles des états de conscience qui ne rendent pas compte de cette labilité de la conscience. L'hypnose est l'une de ces modalisations de conscience. Elle est immémoriale et universelle. De toutes les théories dont elle a fait l'objet, c'est celle de François Roustang que nous avons choisis de vous exposer. Son concept de veille généralisé (paradoxe) donnant accès au pouvoir du rêve, de l'imaginaire, pour reconfigurer le monde, nous a paru la plus adéquate à une pensée de la conscience comme se modalisant dans un flux continu.

Dans ce travail nous avons participé à la création et à l'évaluation d'un questionnaire nommé : questionnaire d'Évaluation Qualitative de la Fluidité des Modalisations de la Conscience (EQFMC) . Nous en avons évalué la pertinence chez une population de patients bénéficiant de séances d'hypnose à but analgésique, c'est à dire des patients souffrant de douleurs chroniques et traités au centre d'évaluation et de traitement de la douleur chronique de l'hôpital de la Timone.

Notre hypothèse était que la pratique de l'hypnose est de nature à modifier la flexibilité de la présentation de la conscience (ses guises ou modalisations), ce qui revient à dire que l'hypnose peut modifier la capacité à « lâcher prise ».

Nous avons tout d'abord réalisé est une enquête pilote menée auprès de quelques individus sains permettant de définir les catégories initiales du questionnaire.

Le questionnaire EQFMC a été ensuite élaboré par un groupe de travail de phénoménologie, l'Atelier de Phénoménologie Expérientielle (APHEX). Trois versions ont été créés :

- Un questionnaire ayant pour but d'évaluer la flexibilité des flux de conscience propre à la personne à une période de sa vie en dehors de toute thérapeutique cherchant à la favoriser (EQFMC « trait »).
- Un pour la mettre en évidence après une séance d'hypnose thérapeutique (EQFM « état »).
- Un pour évaluer l'effet à long terme d'une cure d'hypnose ou d'une pratique d'introspection réglée sur la faculté à passer rapidement d'une modalité de conscience à un autre (EQFMC « effet »).

Seuls les deux premiers ont pu faire l'objet d'évaluation au cours de cette enquête.

L'EQFMC « trait » a été proposé à première population de sujets sains, ayant déjà pratiqué ou non l'hypnose, afin de définir les valeurs moyennes et la dispersion des scores, ainsi que les effets de l'âge et du sexe. Ces sujets ont également répondu au FFMQ d'évaluation des capacités à la mindfulness.

La population d'évaluation du questionnaire « état » a été sélectionnée parmi les patients de l'hôpital universitaire de l'AP-HM, dans le service du centre d'évaluation et de traitement des douleurs (CETD) dirigé par le Dr Donnet, pendant la période de Mars à Mai 2018. Ces patients souffraient de douleurs chroniques variées. Le questionnaire a été proposé avant et après une séance d'hypnose, effectuée par une infirmière spécialisée en algologie et qualifiée dans la pratique de l'hypnose.

Nos résultats, pour l'EQFMC « Trait », montrent qu'il n'y a pas d'influence du sexe et de l'âge sur le score au questionnaire EQFMC, et donc sur la flexibilité de la conscience des sujets.

On observe une corrélation positive significatives entre les scores des questionnaires EQFMC et FFMQ, ce qui constitue un argument pour la validation externe de notre questionnaire. Les

personnes pratiquant l'hypnose ont des scores plus élevés aux questionnaires. Cela soutient notre hypothèse que la fluidité des flux de conscience est améliorée par l'hypnose.

Les résultats du questionnaire EQFMC « État » corroborent cette hypothèse. On observe après les séances d'hypnose une augmentation très significative du score du questionnaire EQFMC chez les patients. En revanche, il n'y a pas de corrélation entre le nombre de séances et la valeur du score EQFMC. Cela peut être dû à la spécificité de notre population de patients douloureux chroniques ou à des variations psychiques et /ou environnementales individuelles.

Il faudrait néanmoins d'autres études avec d'autres enquêteurs et sur un échantillon plus important pour confirmer la validité de l'EQFMC. Cependant cette étude a montré les qualités de l'EQFMC, en particulier sa simplicité et sa rapidité de passation. On peut en conséquence facilement l'intégrer dans la pratique quotidienne et s'en servir comme outil didactique dans l'hypnothérapie. Il serait intéressant de réaliser des études sur d'autres types de populations afin d'évaluer l'incidence de diverses pathologies ou thérapeutiques psychotropes sur la fluidité des flux de conscience.

VIII. Annexes

Méthodologie : Annexe n°1



Pôle de Neurosciences cliniques

Docteur Anne Donnet

(Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur Chronique Adulte et Enfant)

Dr Vion-Dury

(Pôle Universitaire de psychiatrie et FRE CNRS 2006 –PRISM)

Notice d'information et acceptation des conditions de passation d'un questionnaire.

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de répondre à un questionnaire sur l'hypnose.

Le but de ce questionnaire est d'évaluer les capacités de ce qu'il est convenu d'appeler dans le langage commun le « lâcher prise ».

Ce questionnaire a été créé dans le cadre d'un projet de thèse ayant comme sujet l'hypnothérapie.

Il fait l'objet d'une étude pilote dont le but est d'évaluer sa pertinence.

Le nom de ce questionnaire est le suivant : « Questionnaire d'évaluation qualitative de la fluidité des modalisations de la conscience ». (EQFMC)

Il s'agit en fait d'évaluer

- la capacité d'un sujet à changer rapidement la manière d'être de sa conscience, et en particulier la capacité qu'il a de passer d'une attention focale à une attention diffuse et ouverte de l'hypnose.
- les changements que peuvent provoquer une hypnose avec transe, dans la fluidité des flux de conscience, en particulier dans le contexte des douleurs chroniques.

• Je soussigné(e) Mr, Mme.....accepte de répondre au questionnaire proposé par Mme Turcq-Chassery (interne en psychiatrie) dans le cadre du service du centre d'évaluation et de traitement de la douleur chronique dans l'unité du Dr Donnet.

• J'accepte que mes réponses à ce questionnaire puissent être utilisées pour cette étude pilote, dans le plus strict anonymat.

Fait à Marseille le Signature

Pour visa : le médecin (Mme Turcq-Chassery, interne en psychiatrie)

Annexe n°2

Questionnaire d'évaluation qualitative de la fluidité des modalisations de la conscience. (EQFMC)

Questionnaire trait

Le but de ce questionnaire est d'évaluer les capacités de ce qu'il est convenu d'appeler dans le langage commun le « lâcher prise ».

Il s'agit d'évaluer la capacité d'un sujet à changer rapidement les modalisations de la conscience, et en particulier la capacité qu'il a de passer d'une attention focale de la veille active à l'attention diffuse et ouverte de l'hypnose (perceptude). C'est un questionnaire concernant un trait psychologique.

Il est conçu pour évaluer également les possibilités d'un sujet à passer de la conscience réflexive à la conscience pré-reflexive de manière souple et rapide dans les Entretiens d'Explicitation (EDE, Vermersch) et dans les Entretiens Phénoménologiques Expérientiels (EPE, Mougín et Vion-Dury).

Ce questionnaire ne recouvre pas les questionnaires d'hypnotisabilité ou de suggestibilité. Il n'évalue pas non plus la flexibilité cognitive, parce qu'il fait intervenir des aspects de la conscience qui ne sont pas à proprement parler cognitifs.

Cotation.

Pour les lignes indiquées par 1 (fluidité élevée), la réponse « très souvent ou toujours vrai » est cotée 6, « souvent vrai » = 5, « parfois vrai » = 4, « rarement vrai » = 3, « très rarement vrai » = 2 ; « jamais ou faux » = 1.

Pour les lignes indiquées par 0 (fluidité faible), la réponse « très souvent ou toujours vrai » est cotée 1, « souvent vrai » = 2, « parfois vrai » = 3, « rarement vrai » = 4, « très rarement vrai » = 5 ; « jamais ou faux » = 6.

Evaluation trait

	Très souvent ou toujours vrai	Souvent vrai	Parfois vrai	Rarement vrai	Très rarement vrai	Jamais ou faux		Note
Je suis préoccupé(e).							0	
J'ai besoin de contrôler les situations.							0	
Je prends du temps pour moi							1	
J'ai peur du changement.							0	
Cela ne me dérange pas de m'ennuyer							1	
Cela ne me dérange pas de rester sans rien faire.							1	
Je suis à l'écoute de mes sensations corporelles							1	
Je suis à l'écoute de mes émotions.							1	
Je suis confiant.							1	
Il m'arrive de me sentir flotter							1	
J'accueille mes intuitions.							1	
Il m'arrive de rêvasser.							1	
Les imprévus ne me dérangent pas							1	
Il m'arrive de changer d'avis.							1	
Je m'accepte tel(le) que je suis.							1	
J'accepte ce qui m'arrive.							1	
Je me détends facilement							1	

Sexe	Age	
Avez-vous des antécédents neurologiques ?		
Avez-vous des antécédents psychiatriques (dépression..)		
Avez-vous déjà pratiqué l'hypnose, de la méditation ou de la mindfulness ?		

Five Facets Mindfulness Questionnaires (FFMQ)

Cotation : Les scores des facettes sont obtenus par l'addition des scores des items en prenant en compte les items inversés. Plus le score est haut, plus les expériences des personnes sont vécues de façon en pleine conscience.

- Décrire l'expérience : items 2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37.
- Agir en pleine conscience : items 5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R.
- Non-jugement : items 3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R.
- Non-réactivité aux évènements privés : items 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33.
- Observation : items 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36.

Évaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proposée. Indiquez le chiffre en face de chacune des questions le chiffre de 1 à 5 qui correspond le mieux à ce qui est généralement vrai pour vous.

1	2	3	4	5
jamais ou très rarement vrai	rarement vrai	parfois vrai	souvent vrai	très souvent ou toujours vrai

1. Quand je marche, je prends délibérément conscience des sensations de mon corps en mouvement.	
2. Je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments.	
3. Je me critique lorsque j'ai des émotions irrationnelles ou inappropriées.	
4. Je perçois mes émotions et sentiments sans devoir y réagir.	
5. Quand je fais quelque chose, mon esprit s'égare et je suis facilement distrait(e).	
6. Lorsque je prends une douche ou un bain, je reste attentif(ve) aux sensations de l'eau sur mon corps.	
7. Je peux facilement verbaliser mes croyances, opinions et attentes.	
8. Je ne fais pas attention à ce que je fais car je suis dans la lune, je me tracasse ou suis de quelque façon distrait(e).	
9. J'observe mes sentiments sans me laisser emporter par eux.	
10. Je me dis que je ne devrais pas ressentir mes émotions comme je les ressens.	
11. Je remarque comment la nourriture et les boissons influencent mes pensées, mes sensations corporelles et mes émotions.	

12. Il m'est difficile de trouver les mots qui décrivent ce à quoi je pense.	
13. Je suis facilement distrait(e)	
14. Je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette manière.	
15. Je prête attention aux sensations, comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage.	
16. J'éprouve des difficultés à trouver les mots justes pour exprimer la manière dont je ressens les choses.	
17. Je pose des jugements quant à savoir si mes pensées sont bonnes ou mauvaises.	
18. J'ai des difficultés à rester centré(e) sur ce qui se passe dans le moment présent.	
19. Lorsque j'ai des pensées ou des images pénibles, je prends du recul et suis conscient(e) de la pensée ou image, sans me laisser envahir par elle.	
20. Je fais attention aux sons, comme le tintement des cloches, le sifflement des oiseaux ou le passage des voitures.	

1 jamais ou très rarement vrai	2 rarement vrai	3 parfois vrai	4 souvent vrai	5 très souvent ou toujours vrai
--------------------------------------	--------------------	-------------------	-------------------	---------------------------------------

21. Dans les situations difficiles, je suis capable de faire une pause sans réagir immédiatement.	
22. Lorsque j'éprouve une sensation dans mon corps, il m'est difficile de la décrire car je n'arrive pas à trouver les mots justes.	
23. On dirait que je fonctionne en mode "automatique" sans prendre vraiment conscience de ce que je fais.	
24. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me sens calme peu de temps après.	
25. Je me dis que je ne devrais pas penser de la manière dont je pense.	
26. Je remarque les odeurs et les arômes des choses.	
27. Même lorsque je me sens terriblement bouleversé(e), je parviens à trouver une manière de le transposer en mots.	
28. Je me précipite dans des activités sans y être réellement attentif(ve).	
29. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de simplement les remarquer sans y réagir.	
30. Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir.	
31. Je remarque les détails visuels dans l'art ou la nature, comme les couleurs, les formes, les textures ou les patterns d'ombres et de lumières.	

32. Ma tendance naturelle est de traduire mes expériences en mots.	
33. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je les remarque et les laisse passer.	
34. Je réalise mes travaux ou les tâches automatiquement sans être conscient(e) de ce que je fais.	
35. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me juge bon ou mauvais, en fonction de ce que suggère cette pensée/image.	
36. Je prête attention à la manière dont mes émotions affectent mes pensées et mon comportement.	
37. Je peux habituellement décrire la manière dont je me sens au moment présent avec des détails considérables.	
38. Je me retrouve en train de faire des choses sans y prêter attention.	
39. Je me désapprouve lorsque j'ai des idées irrationnelles.	

Annexe n°3

Questionnaire d'évaluation qualitative de la fluidité des modalisations de la conscience. (EQFMC)

Questionnaire État

Il s'agit d'évaluer la capacité d'un sujet à changer rapidement les modalisations de la conscience, et en particulier les changements dans la capacité qu'il a de passer d'une attention focale de la veille active à l'attention diffuse et ouverte de l'hypnose qu'opèrent une séance hypnose ou bien une explicitation de l'expérience consciente.

Cotation :

Pour les lignes indiquées par 1 (fluidité élevée), la réponse «oui» est cotée 4, « plutôt oui »= 3, « plutôt non »= 2 « non » = 1.

Pour les lignes indiquées par 0 (fluidité faible), la réponse « Non » est cotée 4, « plutôt non »= 3, « plutôt oui » = 2 « oui »= 1.

Evaluation état (Avant)

En ce moment même (là, maintenant)	Faux	Plutôt faux	Plutôt Vrai	Vrai		note
Je me sens préoccupé(e).					0	
J'ai besoin de contrôler la situation.					0	
Je me sens capable de prendre prends du temps					1	
J'ai peur que des choses changent					0	
Cela ne me dérange pas de m'ennuyer					1	
Cela ne me dérange pas de rester sans rien faire.					1	
Je suis à l'écoute de mes sensations corporelles					1	
Je suis à l'écoute de mes émotions.					1	
Je suis confiant					1	
Je me sens capable de me sentir flotter					1	
Je me sens capable d'accueillir mes intuitions.					1	
Je me sens capable de rêvasser plus facilement.					1	
Je me sens capable d'accepter les imprévus					1	
Je me sens capable de changer d'avis.					1	
Je me sens capable de mieux m'accepter tel(le) que je suis.					1	
Je me sens capable de mieux accepter ce qui m'arrive.					1	
Je me sens capable de me détendre facilement					1	

Sexe	Age	
Avez-vous des antécédents neurologiques ?		
Avez-vous des antécédents psychiatriques (dépression..)		
Avez-vous déjà pratiqué l'hypnose, de la méditation ou de la mindfulness ?		

Evaluation état (Après)

En ce moment même (là, maintenant)	Faux	Plutôt faux	Plutôt Vrai	Vrai		note
Je me sens préoccupé(e).					0	
J'ai besoin de contrôler la situation.					0	
Je me sens capable de prendre prends du temps					1	
J'ai peur que des choses changent					0	
Cela ne me dérange pas de m'ennuyer					1	
Cela ne me dérange pas de rester sans rien faire.					1	
Je suis à l'écoute de mes sensations corporelles					1	
Je suis à l'écoute de mes émotions.					1	
Je suis confiant					1	
Je me sens capable de me sentir flotter					1	
Je me sens capable d'accueillir mes intuitions.					1	
Je me sens capable de rêvasser plus facilement.					1	
Je me sens capable d'accepter les imprévus					1	
Je me sens capable de changer d'avis.					1	
Je me sens capable de mieux m'accepter tel(le) que je suis.					1	
Je me sens capable de mieux accepter ce qui m'arrive.					1	
Je me sens capable de me détendre facilement					1	

Annexe n°4

Questionnaire d'évaluation qualitative de la fluidité des modalisations de la conscience (EQFMC)

Questionnaire Effet.

Il s'agit d'évaluer la capacité d'un sujet à changer rapidement les modalisations de la conscience, et en particulier les changements dans la capacité qu'il a de passer d'une attention focale de la veille active à l'attention diffuse et ouverte de l'hypnose à la suite d'une psychothérapie avec hypnose, ou d'entretiens d'explicitation de l'expérience consciente répétés.

Cette évaluation recherche des effets au long cours de ces modifications induites de la flexibilité de la conscience.

Cotation.

Pour les lignes indiquées par 1 (fluidité élevée), la réponse «oui» est cotée 4, « plutôt oui »= 3, « plutôt non »= 2 « non » = 1.

Evaluation d'une cure ou d'une évolution

Depuis que j'ai commencé l'hypnose, l'explicitation etc...	Faux	Plutôt faux	Plutôt Vrai	Vrai		Note
Je me sens moins préoccupé(e).					1	
J'ai moins besoin de contrôler la situation.					1	
Je me sens plus capable de prendre du temps					1	
J'ai moins peur que des choses changent					1	
Je suis plus prêt à accepter de m'ennuyer					1	
Je suis plus prêt à accepter de rester sans rien faire.					1	
J'accepte mieux mes sensations corporelles					1	
J'accepte mieux mes émotions.					1	
Je me sens plus confiant					1	
Je me sens plus capable de me sentir flotter					1	
Je me sens capable de mieux accueillir mes intuitions.					1	
Je me sens capable de rêvasser plus facilement.					1	
Je me sens capable de mieux accepter les imprévus					1	
Je me sens capable de plus facilement changer d'avis.					1	
Je me sens capable de mieux m'accepter tel(le) que je suis.					1	
Je me sens capable de mieux accepter ce qui m'arrive.					1	
Je me sens capable de me détendre plus facilement					1	

Sexe	Age	
Avez-vous des antécédents neurologiques ?		
Avez-vous des antécédents psychiatriques (dépression..)		
Avez-vous déjà pratiqué l'hypnose, de la méditation ou de la mindfulness ?		

Résultats :

Tableau n°7,8, 9 et 10 : Résultats du questionnaire EQFMC Trait par sujet

Questionnaire EQFMC Trait	Sujet CG	Sujet CF	Sujet ML	Sujet SG	Sujet CM	Sujet CC	Sujet M	Sujet C	Sujet MN	Sujet FM
Je suis préoccupé(e).	3	3	2	1	3	4	3	5	2	2
J'ai besoin de contrôler les situations.	2	2	3	1	3	3	2	3	1	3
Je prends du temps pour moi	4	5	3	4	5	3	5	3	5	5
J'ai peur du changement.	4	4	2	2	5	6	5	6	3	2
Cela ne me dérange pas de m'ennuyer	3	2	2	1	5	1	3	1	1	3
Cela ne me dérange pas de rester sans rien faire.	4	2	4	2	5	1	3	4	5	3
Je suis à l'écoute de mes sensations corporelles	4	5	3	4	6	1	6	1	5	6
Je suis à l'écoute de mes émotions.	5	4	3	4	6	2	6	2	5	5
Je suis confiant.	5	4	4	2	5	5	4	5	5	4
Il m'arrive de me sentir flotter	2	1	4	5	1	1	3	1	4	3
J'accueille mes intuitions.	5	4	4	5	6	4	6	4	5	5
Il m'arrive de rêvasser.	5	4	4	6	3	4	3	5	5	5
Les imprévus ne me dérangent pas	5	6	5	6	6	6	6	6	4	3
Il m'arrive de changer d'avis	5	5	5	6	4	4	5	4	4	4
Je m'accepte tel(le) que je suis.	5	4	5	6	6	5	5	6	5	4
J'accepte ce qui m'arrive.	5	5	5	6	6	5	5	6	6	4
Je me détends facilement	3	6	5	3	6	4	5	2	4	3
TOTAL	69	66	63	64	81	59	75	64	69	64

Questionnaire EQFMC Trait	Sujet EB	Sujet LL	Sujet AT	Sujet BL	Sujet LE	Sujet DC	Sujet LC	Sujet MC	Sujet MK	Sujet CL
Je suis préoccupé(e).	3	2	2	3	2	2	3	2	2	1
J'ai besoin de contrôler les situations.	3	1	1	3	1	2	3	2	1	1
Je prends du temps pour moi	5	4	5	5	4	4	4	3	3	3
J'ai peur du changement.	3	3	3	5	5	2	3	4	4	2
Cela ne me dérange pas de m'ennuyer	5	3	2	1	4	1	4	4	6	6
Cela ne me dérange pas de rester sans rien faire.	5	3	3	1	5	1	3	4	2	2
Je suis à l'écoute de mes sensations corporelles	5	4	5	1	5	4	4	4	2	5
Je suis à l'écoute de mes émotions.	5	4	5	4	5	4	4	4	4	4
Je suis confiant.	4	4	5	5	5	4	4	4	2	2
Il m'arrive de me sentir flotter	4	1	4	1	2	1	3	3	1	5
J'accueille mes intuitions.	4	4	4	4	3	4	4	5	4	4
Il m'arrive de rêvasser.	5	3	3	5	5	2	3	5	4	6
Les imprévus ne me dérangent pas	3	1	3	4	5	3	4	3	2	3
Il m'arrive de changer d'avis	4	3	4	3	5	4	4	4	4	4
Je m'accepte tel(le) que je suis.	5	4	5	5	5	5	5	4	2	3
J'accepte ce qui m'arrive.	5	4	5	6	5	5	5	4	4	4
Je me détends facilement	5	3	4	4	5	3	4	4	3	3
TOTAL	73	51	63	60	71	51	64	63	50	58

Questionnaire EQFMC Trait	Sujet LA	Sujet JS	Sujet CS	Sujet SRG	Sujet GM	Sujet CT	Sujet BM	Sujet CD	Sujet AG	Sujet RS
Je suis préoccupé(e).	1	5	2	3	2	5	3	5	2	3
J'ai besoin de contrôler les situations.	2	5	2	5	2	4	2	1	3	2
Je prends du temps pour moi	4	5	5	5	5	3	5	5	4	5
J'ai peur du changement.	2	6	2	5	4	6	4	3	6	3
Cela ne me dérange pas de m'ennuyer	3	5	4	6	4	6	5	4	6	5
Cela ne me dérange pas de rester sans rien faire.	1	6	4	6	4	6	4	4	6	5
Je suis à l'écoute de mes sensations corporelles	2	4	4	5	3	5	5	3	5	5
Je suis à l'écoute de mes émotions.	4	5	5	6	4	5	5	5	6	5
Je suis confiant.	4	4	2	5	5	5	5	4	5	5
Il m'arrive de me sentir flotter	4	1	3	6	1	4	4	1	1	1
J'accueille mes intuitions.	4	5	5	6	5	5	5	4	3	5
Il m'arrive de rêvasser.	4	6	5	6	4	5	4	4	1	5
Les imprévus ne me dérangent pas	3	1	5	5	5	5	5	4	4	3
Il m'arrive de changer d'avis	4	5	5	4	4	4	5	4	3	5
Je m'accepte tel(le) que je suis.	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5
J'accepte ce qui m'arrive.	6	6	4	5	5	5	5	6	6	4
Je me détends facilement	5	6	4	6	5	5	6	4	3	4
TOTAL	57	80	64	89	67	83	77	66	69	70

Questionnaire EQFMC Trait	Sujet TD	Sujet TA	Sujet TL	Sujet TMC	Sujet UC	Sujet CSO	Sujet BA	Sujet UA	Sujet EL	Sujet LAO
Je suis préoccupé(e).	2	2	3	2	2	5	3	2	2	3
J'ai besoin de contrôler les situations.	1	1	1	1	2	5	3	2	1	2
Je prends du temps pour moi	4	4	4	3	4	5	5	5	3	3
J'ai peur du changement.	1	4	4	2	4	3	3	5	5	3
Cela ne me dérange pas de m'ennuyer	2	1	5	3	5	6	4	3	3	3
Cela ne me dérange pas de rester sans rien faire.	3	1	5	3	3	6	3	4	2	3
Je suis à l'écoute de mes sensations corporelles	4	1	6	3	4	5	5	6	4	5
Je suis à l'écoute de mes émotions.	2	2	4	5	5	6	5	5	3	5
Je suis confiant.	4	1	3	4	2	5	5	4	5	5
Il m'arrive de me sentir flotter	2	1	4	1	2	5	4	3	4	4
J'accueille mes intuitions.	4	5	4	4	3	6	5	6	4	4
Il m'arrive de rêvasser.	5	2	4	3	5	6	5	5	4	5
Les imprévus ne me dérange pas	1	4	5	3	4	5	5	4	3	3
Il m'arrive de changer d'avis	5	4	5	5	5	5	4	5	2	4
Je m'accepte tel(le) que je suis.	5	5	5	5	2	6	6	6	5	4
J'accepte ce qui m'arrive.	6	1	4	5	3	6	6	5	5	4
Je me détends facilement	2	1	5	2	2	3	6	4	1	3
TOTAL	53	40	71	54	57	88	77	74	56	63

Questionnaire EQFMC Trait	Sujet UG	Sujet CU
Je suis préoccupé(e).	3	2
J'ai besoin de contrôler les situations.	1	2
Je prends du temps pour moi	4	4
J'ai peur du changement.	5	4
Cela ne me dérange pas de m'ennuyer	3	5
Cela ne me dérange pas de rester sans rien faire.	2	3
Je suis à l'écoute de mes sensations corporelles	3	4
Je suis à l'écoute de mes émotions.	4	5
Je suis confiant.	5	2
Il m'arrive de me sentir flotter	2	2
J'accueille mes intuitions.	5	3
Il m'arrive de rêvasser.	3	5
Les imprévus ne me dérangent pas	4	4
Il m'arrive de changer d'avis	3	5
Je m'accepte tel(le) que je suis.	5	2
J'accepte ce qui m'arrive.	5	3
Je me détends facilement	4	2
TOTAL	61	57

Tableau n°11 et n°12 : résultats du questionnaire FFMQ par sujet

FFMQ	Facteur observation	Facteur description de l'expérience	Action en pleine conscience	Non réactivité aux événements privés	Non jugement	TOTAL
Sujet UA	31	22	23	20	34	130
Sujet CG	26	18	22	18	32	116
Sujet EL	23	23	28	22	25	121
Sujet LAO	31	28	28	20	23	130
Sujet UG	20	27	34	20	36	137
Sujet CU	27	17	24	18	27	113
Sujet CF	32	32	26	17	26	133
Sujet ML	22	27	31	19	29	128
Sujet SG	17	18	11	18	15	79
Sujet CM	37	36	26	22	24	145
Sujet CC	29	29	37	14	27	136
Sujet M	37	37	34	15	34	157
Sujet C	21	21	31	22	22	117
Sujet MN	31	24	30	20	24	129
Sujet FM	25	33	27	19	19	123
Sujet EB	21	27	30	28	30	136
Sujet LL	20	20	28	18	29	115
Sujet AT	38	31	33	21	27	150
Sujet BL	18	19	24	13	36	110
Sujet LE	30	17	18	22	23	110
Sujet DC	26	24	29	18	36	133

Sujet LC	24	26	21	23	23	117
Sujet MC	22	30	29	16	27	124
Sujet MK	20	27	28	17	20	112
Sujet CL	29	27	20	18	18	112
Sujet LA	23	26	29	14	24	116
Sujet JS	18	29	24	23	40	134
Sujet CS	31	26	15	18	18	108
Sujet SRG	37	31	27	24	35	154
Sujet GM	29	31	27	21	22	130
Sujet CT	36	38	31	28	37	170
Sujet BM	26	29	33	21	36	145
Sujet CD	19	23	36	16	35	129
Sujet AG	14	31	22	22	28	117
Sujet RS	20	26	20	21	30	117
Sujet TD	17	13	31	22	24	107
Sujet TA	27	17	33	24	24	125
Sujet TL	17	26	30	19	25	117
Sujet TMC	23	21	32	23	31	130
Sujet UC	27	17	24	18	27	113
Sujet CSO	34	30	33	28	35	160
Sujet BA	31	33	30	26	32	152

Tableau n°14 : Total des deux questionnaires en fonction du sujet et coefficient de corrélation

	TOTAL EQFMC	TOTAL FFMQ
Sujet CG	69	116
Sujet CU	57	113
Sujet UG	61	137
Sujet LAO	63	130
Sujet UA	74	130
Sujet EL	56	121
Sujet CF	66	133
Sujet ML	63	128
Sujet SG	64	79
Sujet CM	81	145
Sujet CC	59	136
Sujet M	75	157
Sujet C	64	117
Sujet MN	69	129
Sujet FM	64	123
Sujet EB	73	136
Sujet LL	51	115
Sujet AT	63	150
Sujet BL	60	110
Sujet LE	71	110
Sujet DC	51	133
Sujet LC	64	117
Sujet MC	63	124
Sujet MK	50	112
Sujet CL	58	112
Sujet LA	57	116
Sujet JS	80	134
Sujet CS	64	108
Sujet SRG	89	154
Sujet GM	67	130
Sujet CT	83	170
Sujet BM	77	145
Sujet CD	66	129
Sujet AG	69	117
Sujet RS	70	117
Sujet TD	53	107
Sujet TA	40	125
Sujet TL	71	117
Sujet TMC	54	130
Sujet UC	57	113
Sujet CSO	88	160
Sujet BA	77	152
Coefficient de corrélation	0,5768	p < 0,05

Tableau n°22 et n°23 : Résultats du questionnaire EQFMC état avant hypnose par sujet

ÉTAT AVANT HYPNOSE	GM	MA	GPN	AJL	RM	CC	F	S	KJ	BA	AD	AB	A	GL
Je me sens préoccupé(e).	1	2	2	3	1	2	1	2	4	3	3	1	1	1
J'ai besoin de contrôler la situation.	1	4	2	2	1	2	2	2	4	3	2	3	1	1
Je me sens capable de prendre prends du temps	2	3	4	3	2	2	3	4	4	3	3	4	2	2
J'ai peur que les choses changent	1	3	2	3	3	1	3	2	4	3	3	4	4	2
Cela ne me dérange pas de m'ennuyer	4	2	3	3	3	2	3	4	3	3	3	3	4	3
Cela ne me dérange pas de rester sans rien faire	4	4	3	3	1	2	2	4	3	2	4	4	2	1
Je suis à l'écoute de mes sensations corporelles	2	3	4	3	3	2	2	4	4	3	4	4	2	3
Je suis à l'écoute de mes émotions	3	4	4	3	3	3	3	4	4	3	4	4	2	3
Je suis confiant	2	4	3	3	2	3	2	2	4	3	2	2	3	3
Je me sens capable de me sentir flotter	3	2	3	2	3	2	3	3	3	1	3	2	3	2
Je me sens capable d'accueillir mes intuitions	3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4
Je me sens capable de rêvasser plus facilement	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	4
Je me sens capable d'accepter les imprévus	2	3	3	3	2	1	3	2	4	3	3	3	3	3
Je me sens capable de changer d'avis	2	4	3	3	3	2	3	3	4	3	2	4	3	3
Je me sens capable de mieux m'accepter tel que je suis	2	4	3	3	4	3	2	3	3	3	2	3	2	2
Je me sens capable de mieux accepter ce qui m'arrive	3	4	3	3	4	3	2	2	3	3	3	2	2	3
Je me sens capable de me détendre plus facilement	2	2	4	3	3	3	2	3	3	4	2	2	3	1
Total	40	54	53	48	44	38	41	50	60	49	49	52	43	41

ÉTAT AVANT HYPNOSE	GSA	SR	MI	ES	TN	MS	BR	L	ME	GS	B	ID
Je me sens préoccupé(e).	2	1	3	4	2	4	3	3	1	3	1	2
J'ai besoin de contrôler la situation.	2	1	3	2	1	4	3	2	1	2	2	1
Je me sens capable de prendre prends du temps	4	4	4	3	2	3	4	4	1	3	2	4
J'ai peur que les choses changent	2	2	4	4	2	1	4	3	4	4	2	1
Cela ne me dérange pas de m'ennuyer	4	3	1	3	4	2	4	3	4	1	1	2
Cela ne me dérange pas de rester sans rien faire	4	3	2	3	4	1	2	3	4	1	1	2
Je suis à l'écoute de mes sensations corporelles	3	3	3	3	2	2	3	4	3	3	2	3
Je suis à l'écoute de mes émotions	3	2	4	3	2	3	3	4	3	2	2	2
Je suis confiant	2	4	4	3	2	2	3	3	4	3	1	2
Je me sens capable de me sentir flotter	3	4	4	3	3	4	2	3	4	2	1	4
Je me sens capable d'accueillir mes intuitions	4	4	3	3	3	4	3	4	3	3	2	4
Je me sens capable de rêvasser plus facilement	4	4	4	3	3	3	3	4	4	2	1	4
Je me sens capable d'accepter les imprévus	2	3	3	3	2	1	2	4	3	2	1	3
Je me sens capable de changer d'avis	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3
Je me sens capable de mieux m'accepter tel que je suis	3	2	4	4	2	3	3	4	3	3	2	3
Je me sens capable de mieux accepter ce qui m'arrive	3	3	4	4	2	3	3	4	4	4	1	4
Je me sens capable de me détendre plus facilement	3	3	4	3	2	2	4	3	3	3	1	4
Total	51	50	58	55	41	45	52	59	53	45	26	48

Tableau n°24 et n°25 : Résultats du questionnaire EQFMC état avant hypnose par sujet

ETAT Après hypnose	GM	MA	GPN	AJL	RM	CC	F	S	KJ	BA	AD	AB	A	GL
Je me sens préoccupé(e).	4	4	3	3	4	4	3	2	4	4	4	2	2	3
J'ai besoin de contrôler la situation.	4	4	3	3	4	3	4	3	4	3	3	2	2	2
Je me sens capable de prendre prends du temps	3	3	4	3	4	3	3	3	4	4	3	4	3	4
J'ai peur que les choses changent	3	4	3	4	4	3	3	2	4	4	3	4	3	3
Cela ne me dérange pas de m'ennuyer	4	4	3	3	3	1	3	4	2	4	3	3	4	3
Cela ne me dérange pas de rester sans rien faire	4	4	3	3	4	1	3	4	2	2	4	3	3	2
Je suis à l'écoute de mes sensations corporelles	4	3	4	3	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4
Je suis à l'écoute de mes émotions	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4
Je suis confiant	3	3	4	4	3	3	4	3	4	4	4	2	3	4
Je me sens capable de me sentir flotter	4	3	3	2	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4
Je me sens capable d'accueillir mes intuitions	4	3	4	4	4	3	3	4	3	3	4	4	3	4
Je me sens capable de rêvasser plus facilement	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	4	3	3	4
Je me sens capable d'accepter les imprévus	3	3	4	3	3	2	3	2	4	4	4	3	3	3
Je me sens capable de changer d'avis	3	3	4	3	4	3	4	2	4	4	3	4	3	2
Je me sens capable de mieux m'accepter tel que je suis	3	3	4	3	4	3	3	4	3	4	3	2	3	3
Je me sens capable de mieux accepter ce qui m'arrive	3	3	4	3	4	3	3	2	3	4	4	2	3	3
Je me sens capable de me détendre plus facilement	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3	3	3
Total	61	56	62	54	65	50	57	54	58	61	62	52	51	55

ETAT Après hypnose	GSA	SR	MI	ES	TN	MS	BR	L	ME	GS	B	ID
Je me sens préoccupé(e).	2	3	4	3	3	4	4	4	4	4	2	4
J'ai besoin de contrôler la situation.	2	2	4	2	2	4	4	3	4	3	2	2
Je me sens capable de prendre prends du temps	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4
J'ai peur que les choses changent	2	3	4	2	3	2	4	3	4	4	2	3
Cela ne me dérange pas de m'ennuyer	4	3	3	3	4	1	4	4	4	3	2	2
Cela ne me dérange pas de rester sans rien faire	4	4	3	3	4	1	2	4	4	3	2	2
Je suis à l'écoute de mes sensations corporelles	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	3	4
Je suis à l'écoute de mes émotions	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	3	4
Je suis confiant	2	4	4	3	3	2	3	3	4	3	2	4
Je me sens capable de me sentir flotter	3	4	4	3	3	4	2	4	4	3	3	4
Je me sens capable d'accueillir mes intuitions	3	4	3	3	3	4	3	4	4	3	2	4
Je me sens capable de rêvasser plus facilement	3	4	4	3	3	4	3	4	4	4	3	4
Je me sens capable d'accepter les imprévus	2	4	4	3	3	3	2	3	4	3	2	4
Je me sens capable de changer d'avis	3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4
Je me sens capable de mieux m'accepter tel que je suis	3	3	4	3	3	3	3	4	4	3	2	4
Je me sens capable de mieux accepter ce qui m'arrive	3	3	4	3	2	3	3	4	4	3	2	4
Je me sens capable de me détendre plus facilement	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4
Total	51	60	64	49	52	51	54	64	68	57	41	61

Tableau n°27 : corrélation entre le nombre de séance d’hypnose et la différence de point du questionnaire état

Différence	Nombre de séances
0	9
10	8
6	4
-6	4
11	1
6	5
2	5
12	7
15	8
12	4
15	3
13	3
21	1
2	3
9	3
6	3
21	6
12	4
16	3
4	1
-2	3
12	2
13	4
0	4
8	4
14	4
Coefficient de corrélation	R=-0,06

IX. Bibliographie

1. Pierre Vermersch. L'entretien d'explicitation. ESF collection psychologies et psychothérapies.
2. Michael R. Nash, Amanda J. Barnier. The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory, Research, and Practice. oxford university press.
3. http://www.uclep.be/wp-content/uploads/pdf/FFMQ_scale.pdf.
4. Husserl, E. de la synthèse passive. Millon Jérôme. 1998. 113 p.
5. Descartes. Discours de la méthode. 1637.
6. Locke John. Essai sur l'entendement humain, 1689. VRIN. 2001.
7. Kant,1785. Anthropologie d'un point de vue pragmatique. VRIN.
8. Bergson, H. Essai sur les données immédiates de la conscience. Paris : PUF. 2007.
9. Hegel. La phénoménologie de l'esprit. 1807.
10. Nietzsche. Le gai savoir. 1882.
11. Widlöcher D. La conscience du point de vue de la psychanalyse. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2007;5(3):171–177.
12. Husserl, E. Méditations cartésiennes : introduction à la phénoménologie. Paris : Librairie philosophie J Vrin. 1996.
13. Husserl, E. Idées directrices pour une phénoménologie. Paris : Gallimard.1985.
14. Sartre Jean Paul. L'Être et le Néant. 1943.
15. Vion-Dury Jean, Mougin Gaëlle. Modalisations du champ conscientiel : une approche phénoménologique et morphodynamique. PSN volume , n° 1 2016;
16. Thom, R. Stabilité structurale et morphogénèse. Paris : Interéditions. 1977.

17. Isabelle Le Blanc. Épaisseur spatialisante de la conscience. Thèse de philosophie de l'université de Rouen. 2015.
18. Husserl, E. Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps. 4e éd. Paris : Presses Universitaires de France PUF. 1996.
19. Michel Henry. Incarnation : une philosophie de la chair. Paris : Seuil. 2000.
20. Vion-Dury Jean, Mougin Gaëlle. L'expérience consciente dans les psychothérapies(II): réflexions épistémologiques sur le phénomène hypnotique.
21. Gregory L.R. The oxford companion to the mind. OXFORD, OXFORD University Press. 1987.
22. G. Salem. Soigner par l'hypnose. Elsevier Masson. 2012. 3-9 p.
23. Mesmer Frédéric-Antoine. Mémoire sur la découverte du magnétisme animal. 1779.
24. Rhue J.W, Lynn S.J, Kirsch .I. Handbook of clinical hypnosis. Washington, American Psychological Association. 1994.
25. Janet Pierre. L'automatisme psychologique : essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Paris, Payot. 1989.
26. Janet Pierre. Les médications psychologique. Paris. 1919.
27. Bioy Antoine. Sigmund Freud et l'hypnose : une histoire complexe. *Perspect Psy* Vol 47 Numéro 2 Avril-Juin 2008.
28. Erickson Milton H. The collected papers of Milton H Erickson on hypnosis. New York,Irvington. 1980.
29. Michaux D. Institut Français d'hypnose, l'hypnose Ericksonienne. 2011.
30. Roustang François. qu'est ce que l'hypnose ? Paris,les éditions de minuit.
31. Hilgard E.R. divided consciousness:Multiple controls in human thought and action. New york, wiley. 1977.

32. Sarbin, T.R. contributions to role-taking theory:I.hypnotic behavior. psychol rev 57. 1950. 255-270 p.
33. Spanos, N. A sociocognitive approach to hypnosis. 1986;(behav brain Sci.):449-502.
34. Kirsch. I. response expectancy as a determinant of experience and behavior. 1985;(American psychologist):1189-202.
35. Agnès Bouletreau, Dominique Chouanière, Pascal Wild et Jean-Marc Fontana., Service d'Epidemiologie, INRS. Concevoir,traduire et valider un questionnaire.A propos d'un exemple, EUROQUEST. Mai 1999;

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.

